

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923 - 1924 — N° 48

Des Poussées pulmonaires tuberculeuses

après Néphrectomie
pour Tuberculose rénale

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raymond TYRAND

Ancien Externe des Hôpitaux

né à DIJON (Côte-d'Or), le 20 Mai 1895



LYON

Imprimerie BOSC FRÈRES & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1923

DES POUSSÉES PULMONAIRES TUBERCULEUSES
APRÈS NÉPHRECTOMIE
POUR TUBERCULOSE RÉNALE

Des Poussées pulmonaires tuberculeuses

après Néphrectomie
pour Tuberculose rénale

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raymond TYRAND

Ancien Externe des Hôpitaux

né à DIJON (Côte-d'Or), le 20 Mai 1895



LYON

Imprimerie BOSC FRÈRES & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen	J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CÆZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POLLOSSON (A.).
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale.....	VILLARD.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM. NOGIER.	MM. COTTE.	MM. CORDIER (V.).	MM. MAZEL.
GARIN.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
SAVY.	TRILLAT.	FÈVRE.	DUNET.
FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
PIERY.	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROCHET, président; GAYET, assesseur;
BONNET et A. CHALIER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A qui je dois tout.

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

Il est mon compagnon de lutte et sa
tendre affection à toujours été mon
meilleur soutien.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

*Professeur de Clinique Urologique à la Faculté
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Il fut notre premier maître à Lyon ; il nous guida encore au terme de nos études en nous inspirant cette thèse. Simplement, et avec cœur, il nous témoigna toujours sa sollicitude. Qu'il veuille bien croire à toute notre affection respectueuse et à notre reconnaissance.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNARD

MONSIEUR LE DOCTEUR DELORE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

DES POUSSÉES PULMONAIRES TUBERCULEUSES APRÈS NÉPHRECTOMIE POUR TUBERCULOSE RÉNALE

AVANT-PROPOS

Le but de cette modeste étude est simplement d'attirer l'attention sur les complications pulmonaires après néphrectomie pour tuberculose rénale. Nous avons examiné un grand nombre de faits, mais nous n'avons retenu qu'un certain nombre d'observations, éloignant, de parti pris, toutes celles qui pouvaient être douteuses, celles en particulier où n'étaient pas consignés les résultats d'une auscultation avant l'intervention ; enfin, nous n'avons pas inscrit d'observations entrant dans le cadre de notre deuxième groupe précisément parce que aucun des opérés de ce groupe n'a fait, à notre connaissance, de complication pulmonaire tuberculeuse.

Qu'il nous soit permis maintenant d'exprimer notre respectueuse reconnaissance à M. le Professeur Gayet qui, très aimablement, nous a donné deux observations que nous signalons au cours de notre travail.

M. le Professeur Agrégé Léon Thévenot a été, au cours de nos études d'une inlassable obligeance ; nous n'oublierons pas son affabilité et nous voulons lui témoigner notre vive gratitude.

M. le Professeur Agrégé A. Chalié nous a témoigné sa confiance ; nous n'aurons garde de l'oublier et l'assurons de notre affectueuse reconnaissance.

M. le Professeur Agrégé Santy ne nous ménagea pas ses excellents conseils au cours de notre semestre d'Externat à la Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Bérard ; nous nous rappelons sa bienveillance et l'assurons de notre souvenir très reconnaissant.

Enfin que notre ami, M. le Docteur Wertheimer, Chef de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, veuille bien agréer l'expression de toute notre gratitude pour les inappréciables conseils qu'il a bien voulu nous donner ; nous lui garderons notre vive affection.

CHAPITRE PREMIER

Introduction et Historique.

La néphrectomie pour tuberculose rénale à une histoire déjà longue, si l'on se souvient que la première fut pratiquée par Simon d'Heidelberg, le 2 août 1869, taut à fait accidentellement d'ailleurs chez une jeune femme atteinte d'une fistule urinaire sus-pubienne. Son histoire est brillante si, consultant les statistiques, on remarque le nombre des malades qui ont été grâce à elles, soit guéris presque définitivement, soit du moins nettement améliorés au point d'avoir une survie très appréciable.

Cependant, tout en nous défendant de vouloir dans ce travail critiquer la valeur de la néphrectomie dans la tuberculose rénale, nous aborderons un sujet qui a peut être été souvent effleuré, mais qui n'a, en somme, à notre connaissance, jamais été approfondi ; nous voulons parler des poussées pulmonaires tuberculeuses après néphrectomie pour tuberculose rénale.

Ces poussées tuberculeuses sont analogues aux accidents tuberculeux qui peuvent se produire dans tout organe à la suite de la suppression opératoire d'un foyer tuberculeux.

Moncany et Delaunay, entre autres (*Soc. anat.* avril 1905), n'ont-ils pas signalé l'apparition d'une tuberculose miliaire aiguë à localisation abdominale et pulmonaire — diagnostic confirmé par l'autopsie — consécutive à l'ablation d'un tubercule de l'index ?

Dans le service du Professeur Grancher, aux Enfants malades, on signale un cas aussi remarquable que rare : Sur un enfant, porteur d'un lupus de la face, on pratiqua une première fois des scarifications ignées ; dans la nuit suivante, et sans qu'il ait présenté antérieurement la moindre manifestation articulaire, il accusa une réaction très vive au niveau de son articulation coxo-fémorale en même temps qu'il faisait une poussée fébrile. Quelques jours se passèrent et les phénomènes diminuèrent d'intensité, du moins partiellement. Mais une deuxième séance de scarifications fut le prélude d'une nouvelle poussée articulaire et d'une nouvelle ascension thermique. Personne n'a pu douter et ne doutera, en présence de faits aussi frappants, qu'il y ait là relation de cause à effet. On pourrait d'ailleurs multiplier les exemples analogues et c'est une notion chirurgicale d'ordre banal que le développement de phénomènes aigus à la suite d'interventions même minimales sur un foyer tuberculeux, qu'il soit osseux, articulaire ou viscéral.

Grancher a du reste déclaré : « Les généralisations pulmonaires se font souvent à la suite des opérations

chirurgicales pratiquées contre la tuberculose : c'est un aléa redoutable de ces interventions ».

Diverses explications ont été données de ce fait ; toutefois, et en nous défendant bien de vouloir aborder ici un problème pathogénique, il nous semble qu'il est logique de considérer que l'envahissement a pu se faire directement par le sang ou par les lymphatiques ; ou bien qu'il s'est fait indirectement sous l'influence de toxines, issues du foyer opératoire, qui vont irriter une tuberculose latente.

Ces explications d'ordre général sont parfaitement valables lorsqu'il s'agit de complications du côté des poumons.

Dans les annales de Guyon, de l'année 1898 (p. 541), TILDEN BROWN note la coexistence fréquente des lésions pulmonaires et rénales tuberculeuses ; c'est ainsi que parmi 78 malades présentant des lésions tuberculeuses des reins, de la rate ou du foie, il ne vit pas un seul sujet qui ne présentât pas, soit dans les deux poumons, soit dans un seul, des lésions en activité ou cicatrisée. Ces lésions aiguës, ajoute-t-il, qu'on découvre à l'autopsie sont parfois assez insignifiantes pour n'avoir pas été reconnues, soit par des signes physiques, soit par tous autres symptômes : ce sont ces mêmes lésions inactives que Jordan a décrites et auxquelles il reconnaît une guérison clinique mais non anatomique.

BRONGERSMA va plus loin et précise qu'il a constaté des traces de lésions tuberculeuses pleurales ou pulmonaires du même côté que le rein malade ; TENDELOO d'autre part, a, dans 62 cas de tuberculose rénale

sur 71, constaté des traces de pleurésie ou de tuberculose pulmonaire du même côté que le rein atteint.

En 1900, Pousson, de Bordeaux, présente pour la première fois, une observation (voir obs. I) que nous reproduisons plus loin dans son intégrité qui montre l'influence que peut avoir l'ablation d'un rein tuberculeux sur l'état des poumons. Pousson ajoute que la mort de son opéré, survenue moins de 2 mois après la néphrectomie, par tuberculisation pulmonaire, est un fait d'autant plus digne d'être signalé qu'il est très rare, car sur 335 observations d'extirpation du rein pour tuberculose rénale réunies en une d'un travail en préparation, il n'a relevé que 38 décès pour généralisation à l'autre rein, aux poumons ou à quelque autre organe.

Il ajoute pourtant que l'intervention ne saurait être accusée d'avoir donné un coup de fouet à une tuberculisation qui n'existait pas. Il pense un instant à la possibilité de ce coup de fouet, mais il n'y croit pas. Sur ce point notre avis est différent, nous y reviendrons plus loin.

DUHOT, d'ailleurs (dans les annales des maladies génito-urinaires de 1907) signale un cas de mort par tuberculose pulmonaire aiguë bi-latérale consécutive à l'ablation d'un rein tuberculeux.

La possibilité des complications pulmonaires au cours de la tuberculose rénale a été signalée par ailleurs ; certains auteurs n'ont même pas hésité à considérer cette affection comme consécutive à une infection primitive du poumon.

C'est ainsi que SAXTORPH déclarait, au Congrès international de médecine (Paris 1900) : « Je suis arrivé

à la certitude presque absolue que la tuberculose urinaire ou uro-génitale a toujours pour première origine un foyer tuberculeux dans le poumon, foyer plus ou moins ancien, resté inaperçu et qu'aucun symptôme n'a révélé pendant nombre d'années ». Plus tard, au 1^{er} Congrès international d'Urologie (Paris 1908), le Professeur BRONGERSMA disait : « La forme ulcéro-caverneuse d'Israël serait consécutive presque toujours à une infection tuberculeuse pleuro-pulmonaire par voie lymphogène rétrograde. »

Si nous avons rappelé ces opinions, ce n'est pas pour rouvrir le débat sur la pathogénie de la tuberculose rénale, ainsi que nous le disions plus haut, mais pour souligner la fréquence des accidents pulmonaires au cours de cette affection, cette fréquence étant plus grande qu'on ne l'imagine communément.

Les statistiques de tous les auteurs s'accordent sur ce point. Pour Israël, la tuberculose pulmonaire et la cachexie représentent 15 0/0 des morts précoces, c'est-à-dire des morts dans les 6 mois qui suivent l'opération, la granulie 21,4 0/0. La tuberculose pulmonaire et la cachexie représentent 43,2 0/0 des morts tardives, la granulie 13,2 0/0. WILDBOLZ, d'ailleurs, en décembre 1911, disait dans un article intitulé : « La tuberculose rénale doit elle être traitée chirurgicalement ? » que la cause de mortalité la plus fréquente après néphrectomie était la tuberculose pulmonaire.

D'après la statistique de LEGUEU et CHEVASSU, sur 30 morts opératoires, c'est-à-dire survenus 1 mois après l'opération, il y a 2 granulies et 2 tuberculoses pulmonaires ; et la tuberculose pulmonaire fournit

l'un des plus forts contingents des morts tardives : Sur 108 morts tardives, il y en a 28 par tuberculose pulmonaire et 11 par granulie généralisée.

Dans la thèse de BÖCKEL qui étudie 64 cas observés dans le service de M. le Professeur ANDRÉ, on note 1 mort précoce par granulie ; sur 11 morts tardives, 5 sont dues à la tuberculose pulmonaire, 1 à la granulie, 1 à la tuberculose pulmonaire et intestinale.

RAFIN, dans l'Encyclopédie française d'Urologie, admet un pourcentage de 43 0/0 de morts par tuberculose pulmonaire.

En résumé, des opinions que nous avons rapportées, il semble résulter que si les auteurs sont généralement d'accord pour admettre que la tuberculose pulmonaire représente une cause importante de mortalité dans les suites immédiates ou tardives de la néphrectomie, il n'a pas été fait un rapprochement suffisant entre cette intervention et l'éclosion de poussées pulmonaires tuberculeuses.

CHAPITRE II

Essai de classification clinique.

Beaucoup de cas sur lesquels a porté notre étude ont été observés à la Clinique de notre Maître M. le Professeur ROCHET. — Nous faisons état également des chiffres fournis par la thèse de BÆCKEL et empruntés au service du Professeur ANDRÉ, et d'un travail du Professeur POUSSEON publié dans les Annales des maladies des organes génito-urinaires (année 1905).

L'ensemble de ces faits groupe un certain nombre de malades susceptibles d'être individualisés en 3 catégories.

Une première catégorie concerne les sujets chez lesquels l'examen clinique pratiqué au moment de l'intervention ne décelait aucune lésion pulmonaire ancienne ou récente.

RAFIN remarque que sur 57 opérés, morts plus ou moins tôt de tuberculose pulmonaire « 42 fois la lésion pouvait être constatée avant l'intervention ».

RAFIN considère en outre que la tuberculose discrète des poumons étant de constatation très difficile, on peut admettre que pour les autres malades, le diagnostic n'avait pas été fait. Nous estimons que pareille opinion est excessive et qu'il existe incontestablement des malades atteints de tuberculose rénale et néphrectomisés en l'absence de toute lésion pulmonaire cliniquement décelable et anatomiquement constituée.

Une deuxième catégorie concerne des malades notoirement atteints de tuberculose pulmonaire ou pleurale, mais chez lesquels on était en droit de considérer les lésions pleuro-pulmonaires comme guéries de façon temporaire ou définitive.

Enfin dans *une troisième catégorie* nous classons les sujets chez lesquels la tuberculose rénale a coïncidé avec l'évolution d'un processus pleuro-pulmonaire. Nous rapportons un ensemble de 89 cas appartenant à la première catégorie. Ces 89 observations se répartissent de la façon suivante :

Quinze d'entre elles sont empruntées à la statistique de Pousson : sur 15 néphrectomies on compte 13 guérisons et 2 morts.

Une des opérées subit une complication pulmonaire sept ans après la néphrectomie ; elle présenta à cette époque pour la première fois des signes non douteux d'infiltration pulmonaire et malgré le traitement institué, elle succomba à ces lésions plus de 7 ans 1/2 après la néphrectomie. Les nombreuses années écoulées entre l'opération et la complication pulmonaire ne nous permettent pas de voir dans ce fait une rela-

tion de cause à effet. Mais l'observation de Mme G... (voir observation I) est nette ; POUSSON ainsi que le médecin traitant avaient examiné les organes thoraciques : ils étaient sains, et on ne relevait dans son passé aucune trace d'affection pulmonaire, et cependant moins de 2 mois après la néphrectomie la malade succombait à une poussée de granulie dans les deux poumons.

Dans la statistique de BÆCKEL, nous avons retenu seulement 45 observations, ayant délibérément éliminé toutes celles dans lesquelles l'état pulmonaire pré-opératoire n'avait pas été indiqué de façon suffisamment précise. Sur ces 45 cas, on compte seulement 2 morts : dans un cas (obs. II), les premiers signes de tuberculose pulmonaire apparurent 14 mois environ après l'opération ; ils s'aggravèrent et eurent raison du malade 2 ans 1/2 après la néphrectomie.

Dans le second cas (obs. III), le malade commence à tousser 4 mois à peine après l'opération, puis la toux s'accroît, la fièvre s'allume, les sueurs apparaissent ; tous ces signes traduisent l'imprégnation tuberculeuse des poumons : le malade meurt 6 mois après l'intervention.

Enfin la statistique de nos Maîtres MM. ROCHET et THÉVENOT porte sur 29 malades : parmi ces 29 malades tous indemnes de tuberculose pulmonaire avant la néphrectomie, 20 sont demeurés guéris ; 6 ont succombé à des causes variées et 3 sont morts rapidement en quelques semaines après avoir présenté des signes indubitables de granulie pulmonaire.

En ce qui concerne la deuxième catégorie de malades, la statistique de Pousson ne fournit qu'un seul cas dans lequel une bronchite suspecte fut observée antérieurement à l'intervention, mais la néphrectomie ne donna lieu à aucune complication pulmonaire.

Bœckel rapporte 4 cas de cet ordre : Dans l'un d'eux, il s'agissait d'un malade ayant présenté 4 ans avant l'intervention une pleuro-pneumonie tuberculeuse. Pour deux autres, il s'agissait de pleurésie survenue pour l'un 26 ans, pour l'autre 11 ans avant la néphrectomie. Un autre malade est signalé comme ayant successivement une bronchite dont la nature tuberculeuse n'est d'ailleurs pas spécifiée et une fistule anale. Nous citerons une 5^e observation concernant un malade atteint antérieurement de bronchite et dont le caractère tuberculeux ne fut jamais démontré.

La 3^e catégorie comprend un total de 21 observations se divisant de la façon suivante :

3 observations empruntées à Pousson ; une mort par granulie ;

13 observations de Bœckel sur lesquelles dans 6 cas la néphrectomie ne paraît avoir eu aucune influence ; 7 malades ont succombé : l'un de granulie ; pour les autres la cause de la mort n'est pas spécifiée. Deux fois la néphrectomie semble avoir déterminé une amélioration clinique : chez l'un d'eux, l'auscultation ne révélait plus aucun signe de tuberculose ;

5 observations nous ont été fournies par M. le Professeur ROCHET : dans 3 cas, la néphrectomie ne paraît avoir eu aucune influence sur l'évolution des lé-

sions pulmonaires ; celles-ci ont continué à évoluer. Les deux autres malades ont succombé, l'un 2 mois, l'autre 4 mois après l'intervention.

Enfin nous avons cru devoir ajouter à ces constatations d'ensemble tirées de statistiques un certain nombre de faits isolés que l'on trouvera au chapitre des observations. Nous en avons deux (obs. XIII et XIV), dues à l'extrême obligeance de M. le Professeur GAYET auquel nous adressons nos respectueux remerciements. Les deux autres (obs. XV et XVI) sont tirés de la thèse de PAGÈS.

CHAPITRE III

Formes cliniques principales de la Tuberculose pulmonaire évoluant après la Néphrectomie d'un rein tuberculeux.

Si nous rapprochons tous les faits groupés dans le chapitre précédent, en nous plaçant uniquement du point de vue des formes cliniques que revêt la tuberculose pulmonaire à l'issue d'une néphrectomie, nous voyons qu'elle se manifeste soit sous l'aspect d'une granulie, soit sous celui d'une tuberculose subaiguë.

La *forme granulique* apparaît généralement de façon précoce. Dans l'observation I, une malade, dans les antécédents de laquelle on retrouve seulement la notion d'un mal de Pott antérieur, mourut de granulie moins de deux mois après la néphrectomie, alors que le résultat de l'opération pouvait être considéré comme satisfaisant.

Dans l'observation IV, on voit également les phénomènes pulmonaires évoluer avec une rapidité sur-

prenante, d'autant que les symptômes thoraciques étaient inexistants avant l'intervention. Il existait, à la vérité, des lésions de bacillose génitale prostatique et épидидymaire, mais point de signes stéthoscopiques. Le malade succomba néanmoins dix jours après l'intervention, à des phénomènes pulmonaires.

La même forme clinique fut observée dans le cas d'une malade qui fait l'objet de notre observation V. Chez elle, il n'y avait pas trace de bacillose pulmonaire, mais seulement la notion d'un abcès froid, sans doute pottique, ponctionné dix ans auparavant. La néphrectomie détermine l'éclosion d'une asthénie très prononcée, accompagnée d'hypotension, que l'on peut interpréter comme la manifestation d'une insuffisance surrénale à la faveur de laquelle une tuberculose pulmonaire aiguë se développe et qui amène la mort de la malade moins de deux mois après l'intervention rénale.

L'observation VI appartient au même cadre clinique.

Il semble, en définitive, que les formes rapidement évolutives, à type granulique, soient plus volontiers observées chez les malades antérieurement indemnes de tuberculose pulmonaire, sinon d'autre localisation tuberculeuse, et que cette cause de mortalité ait particulièrement sévi parmi les malades que nous avons groupés dans notre première catégorie. Il est tout au moins notable que, sur six cas appartenant à ce groupement, quatre fois la forme de granulie pulmonaire fut observée.

Semblable évolution fut observée sur un malade de M. le Professeur Gayet (Obs. XIII) : une bacillose rénale apparut chez un homme de 33 ans, absolument indemne de tout antécédent tuberculeux et de tout symptôme thoracique. La néphrectomie fut pratiquée le 27 septembre 1922. Au cours des suites opératoires, on observe l'apparition d'une ostéo-arthrite tuberculeuse du coude. A ce moment, l'examen pulmonaire est toujours négatif. Le 29 novembre seulement, l'examen décèle des signes pulmonaires bilatéraux. Le malade mourut le 9 décembre et l'autopsie montra des lésions de granulie généralisée, mais en particulier une véritable fonte caséuse des deux sommets.

Les formes aiguës ou suraiguës sont incomparablement plus rares. Ce fait est notable chez les malades antérieurement atteints de lésions pulmonaires. Dans l'observation XI, on voit chez un homme, observé pour des signes de bacillose rénale et génitale apparaître des symptômes pulmonaires d'induration bilatérale. Une néphrectomie pratiquée le 4 avril 1914 n'empêcha pas les lésions thoraciques d'évoluer -- si même elle ne favorisa pas cette évolution -- et, trois mois plus tard, le malade succombait à une poussée suraiguë de la tuberculose pulmonaire.

De même, l'observation XII mérite d'être retenue à l'appui de ces formes aiguës. Il s'agissait d'un homme atteint de tuberculose génitale chez lequel on constata, à l'entrée dans le service de M. le Professeur Rochet, des signes d'infiltration pulmonaire. La néphrectomie permit d'enlever un rein tuberculeux

pyonéphrotique. Trois semaines plus tard, le malade mourait avec une infiltration étendue des deux poumons que l'autopsie pratiquée permit de vérifier.

Les accidents pulmonaires que nous avons trouvés signalés, ou que nous avons nous-mêmes observés, ne revêtent pas toujours cette allure aiguë. Assez souvent, l'infiltration tuberculeuse procède lentement, par étapes successives, avec une expression clinique d'ailleurs assez variable, mais que nous avons enfermée dans le cadre unique d'une forme subaiguë, sans rien préjuger touchant la valeur de ce terme.

Un certain nombre de nos malades représentent des exemples démonstratifs de cette forme.

Un malade (Obs. II), indemne de tout antécédent tuberculeux, voit se développer une bacillose rénale qui exige une néphrectomie dont les suites furent très satisfaisantes. Ultérieurement, il contracte une tuberculose génitale. Deux ans plus tard, le rein restant se tuberculise ; à ce moment, se développent des lésions pulmonaires lentement évolutives qui conduisirent le malade à la mort.

Dans l'observation III, malgré l'intégrité pulmonaire constatée avant la néphrectomie et des suites opératoires assez simples, en dépit d'une suppuration prolongée de la plaie, le malade se mit à tousser quatre mois après l'intervention et succomba deux mois plus tard, du fait de l'extension du processus pulmonaire.

Ces deux cas sont d'ailleurs les seuls qu'il nous ait été possible de retrouver concernant l'évolution subaiguë des lésions pulmonaires chez les malades

considérés antérieurement à la néphrectomie comme cliniquement indemnes. Il nous semble que, dans le cas où la tuberculose pulmonaire préexiste à l'intervention rénale, les formes relativement lentes sont plus fréquentes. Ainsi, la malade de notre observation VIII ne succomba que huit mois après sa néphrectomie. Dans l'observation IX, il existait une induration des deux sommets. Après la néphrectomie et la guérison opératoire de celle-ci, les lésions pulmonaires évoluèrent, conduisant à la mort du malade en six mois. L'autopsie montra une fonte caséeuse des deux sommets. De même, dans l'observation X, où la néphrectomie fut suivie d'une période d'amélioration très nette, le malade mourut un an plus tard, de tuberculose pulmonaire.

Dans la thèse de Pagès figure une observation du même ordre (Obs. XV de notre travail) : un homme de 26 ans présente, en 1903, c'est-à-dire à l'âge de 22 ans, une tuberculose pulmonaire gauche améliorée par un séjour à Leysin. Trois ans plus tard débute une tuberculose rénale. Au moment du premier examen, on note l'existence au sommet gauche de submatité de craquements. Le 7 août 1907, on fait une néphrectomie dont les suites furent simples. Mais un an plus tard apparaissent des râles humides au sommet droit, des hémoptysies sont signalées et le malade succombe en décembre 1908, soit seize mois après l'intervention, à l'évolution des lésions pulmonaires.

En définitive, notre statistique, encore que restreinte, établit que, sur six malades tuberculeux pul-

monaires avérés avant la néphrectomie, deux seulement succombèrent à un processus aigu ; les quatre autres, également décédés du fait de l'évolution de leurs lésions thoraciques, moururent dans un délai variant de quelques mois à un an, avec des signes cliniques d'infiltration ou de caséification confirmés pour quelques-uns par les constatations anatomo-pathologiques. Ce sont les cas de cet ordre que nous avons groupés sous le terme de formes subaiguës, ce terme ayant pour seul objectif de les opposer aux formes suraiguës en rapport avec l'éclosion d'une granulie pulmonaire.

CHAPITRE IV

De l'influence de la Néphrectomie sur la Tuberculose pulmonaire dèjà établie ou sur son apparition.

Les faits cliniques que nous avons recueillis et que nous nous sommes efforcé de grouper et de réunir dans les chapitres précédents, établissent en réalité une relation entre l'évolution de la tuberculose pulmonaire et les interventions rénales. Si cette relation dépasse la valeur d'une pure coïncidence ou d'un simple rapprochement dans le temps, il y a lieu de s'efforcer d'établir une interprétation de ces faits, et tout au moins d'en retirer un certain nombre de notions pratiques susceptibles d'être utilisées dans le problème des indications opératoires de la tuberculose rénale.

La néphrectomie peut-elle influencer de façon favorable des lésions pulmonaires préexistantes ?

Le fait est possible. Personnellement, nous ne l'avons jamais observé et nous estimons qu'il peut être considéré comme une éventualité assez exceptionnelle.

Pousson rapporte, dans sa statistique (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1905), un cas dans lequel la néphrectomie aurait contribué à guérir une tuberculose pulmonaire.

Des améliorations ont été enregistrées en particulier chez deux malades de Boeckel et chez un autre de Pousson, les unes définitives ou tout au moins de longue durée, les autres temporaires.

Nous ne croyons pas que ces améliorations puissent être observées dans le cas de lésions pulmonaires importantes ; elles concernent seulement des formes discrètes, au début, non évolutives.

Un second point mérite d'être établi. La néphrectomie peut-elle être dépourvue de toute action sur une tuberculose pulmonaire ?

Nous posons le problème, mais nous n'apportons aucun fait personnel permettant de le résoudre. Il se pose en particulier à propos des faits cliniques que nous avons groupés dans notre deuxième catégorie concernant des malades antérieurement tuberculeux pulmonaires et guéris au moment de l'intervention rénale.

Certains de nos malades présentent dans leur observation des antécédents de tuberculose osseuse ou viscérale. Pour ceux-ci, la néphrectomie semble avoir été comme l'occasion d'un réveil de leur tuberculose ou tout au moins le signal d'une aggravation ; mais nous préférons considérer les effets de la néphrectomie sur la tuberculose pulmonaire en particulier, que celle-ci ait été considérée comme guérie ou qu'elle

ait été évolutive à l'époque où l'intervention fut décidée. Les douze observations que nous apportons dans notre travail établissent que la néphrectomie favorise les poussées pulmonaires, soit qu'elle réveille des lésions éteintes, soit qu'elle accélère la marche d'un processus évolutif.

Il reste seulement à établir le pourcentage des faits de cet ordre par rapport au nombre total des néphrectomies à propos desquelles il a été fait mention de l'état pulmonaire. Nous en avons retrouvé 115 observations, empruntées soit à Pousson, soit à Boeckel, soit enfin au service de notre maître, M. le professeur Rochet. Sur ce total de 115 cas, ceux mêmes qui nous ont servi à tenter une classification clinique, nous relevons douze observations suffisamment précises pour entraîner la conviction que chez ces douze malades la néphrectomie exerça sur l'état pulmonaire une influence défavorable. Ces chiffres correspondent à un pourcentage de 10 % environ.

Nous rapportons en outre 4 observations intéressantes que nous n'avons pu faire entrer dans notre statistique, encore qu'elles apportent à nos idées un appoint supplémentaire d'arguments.

Dans cinq cas, la néphrectomie parut éveiller des lésions pulmonaires dont l'existence n'avait jamais été constatée avant l'intervention. Il s'agissait à la vérité de malades fortement imprégnés de tuberculose, pour la plupart guéris soit d'un mal de Pott, soit d'un abcès froid, soit d'une tuberculose génitale — et l'on sait la gravité de ces formes à localisations multiples des tuberculoses chirurgicales.

L'interprétation de ces faits est complexe. Il est facile, et d'ailleurs légitime, d'invoquer le traumatisme opératoire, le shock consécutif. Ne faudrait-il incriminer davantage l'anémie résultant d'une soustraction sanguine plus ou moins importante, toujours notable; l'anesthésie générale presque toujours utilisée chez ces malades? Enfin d'autres hypothèses sont permises qui feraient intervenir l'ouverture d'un foyer tuberculeux suppuré, la mise en liberté de microbes et de leurs toxines, la suppression d'un émonctoire, le surmenage imposé à l'organisme par la nécessité où il est mis de suppléer à la mutilation opératoire. Nous ne voulons pas pénétrer plus avant dans ce chapitre pathogénique, faute de données suffisamment certaines.

CHAPITRE V

Déductions thérapeutiques.

Les étudier, c'est en somme discuter les indications opératoires, du moins celles de la néphrectomie dans la tuberculose rénale, en fonction de l'état pulmonaire.

Une première déduction s'impose: celle de la nécessité d'un examen thoracique minutieux chez les malades atteints de bacillose rénale confirmée. Cette nécessité s'impose comme temps préliminaire à toute intervention chirurgicale; mais elle revêt ici un caractère particulièrement impérieux. Cet examen pulmonaire, il faut le réclamer d'un médecin suffisamment compétent, qui utilise à la fois les renseignements tirés de l'examen clinique, mais aussi et surtout les données de la radioscopie. Une radioscopie du thorax convenablement interprétée s'impose avant que soit prise une décision opératoire. Cette obligation est encore plus stricte dans les cas où le malade ne se plaint ni de toux, ni d'expectoration, dans les

cas où il peut être considéré comme indemne de tout passé pulmonaire. C'est dans ces cas, en effet, que nous avons observé avec le plus de fréquence les poussées aiguës, les granulies post-opératoires. Il y a un intérêt évident à tenter de prévoir une telle évolution, pour avertir l'entourage du malade qu'une telle éventualité est possible et introduire cet élément dans l'appréciation du pronostic opératoire.

La tuberculose pulmonaire déclarée peut-elle constituer une contre-indication à la néphrectomie ?

Dans son « Traité d'Urologie », M. le Professeur Legueu pose la question. Il estime qu'il s'agit là d'une question de degré, que les lésions légères sont susceptibles d'être améliorées par l'intervention, que les lésions graves au contraire annihilent le bénéfice de l'opération.

Nous nous sommes déjà expliqué sur la question des améliorations dont la néphrectomie aurait été responsable dans certains cas, d'ailleurs rares. Albarran, Reynaud dans sa thèse, en ont cité quelques exemples qui s'ajoutent à ceux de Bœckel et de Pousson.

Sur les lésions anciennes considérées comme guéries, nous ne pensons pas que l'intervention ait une action défavorable au moins démontrée. Il est incontestable cependant que la notion de localisations tuberculeuses préexistantes pulmonaires ou autres, même cicatrisées, doit être considérée comme un élément d'aggravation du pronostic traduisant un processus tuberculeux demeuré en activité et correspondant à une imprégnation profonde de l'organisme.

Enfin en ce qui concerne les tuberculeux pulmonaires avérés, l'analyse des conditions d'opérabilité doit être faite avec infiniment d'attention. L'impression que nous laissent les malades que nous avons observés, celle de notre Maître M. le Professeur Rochet, est nettement pessimiste.

Nous retrouvons l'écho de cette note pessimiste dans la thèse de Pagès, dans celle de Reynaud. Elle est confirmée par l'exposé des douze observations que nous rapportons. Ce n'est pas à dire qu'il faille *a priori* exclure du bénéfice de la néphrectomie tous les tuberculeux pulmonaires. C'est affaire de contingences et de tact clinique. Nous estimons que l'intervention doit être refusée aux tuberculeux dont les lésions pulmonaires sont évolutives, fébriles, nettement extensives. Ces malades subissent du fait de l'opération une aggravation manifeste et certaine. Par contre il est possible que dans quelques cas où la localisation rénale paraît dominer la scène, où les signes pulmonaires demeurent stationnaires, une intervention soit autorisée. Dans ces conditions, le malade bénéficiera d'une intervention rapide, d'une hémorragie réduite au minimum, d'une anesthésie aussi discrète que possible. Encore faut-il savoir que le résultat opératoire comporte une part de risques considérables et ne pas hésiter à établir à l'avance le pronostic que comporte la situation et que dictent les constatations que nous avons faites.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Professeur Pousson)

Histoire de la maladie. — Mme G..., 37 ans, sans antécédents tuberculeux dans sa famille et ayant joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 25 ans ; a été atteinte à cette époque d'un mal de Pott qui s'est révélé subitement à la suite d'une chute, par la production brusque d'une gibbosité dans la région dorsale. Les douleurs, jusqu'alors inexpliquées, dont elle se plaignait dans la colonne vertébrale, disparurent à partir de ce moment, et sa santé générale, en apparence excellente, lui permit de se livrer à des courses très longues dans la campagne. Mariée un peu avant l'apparition de la gibbosité, Mme G..., n'a jamais eu de grossesse ; mais il y a 2 ans $\frac{1}{2}$ ses règles, d'ailleurs habituellement irrégulières, s'étant supprimées pendant plusieurs mois en même temps que son abdomen se développait, on la crut enceinte.

C'est à ce moment qu'elle aurait commencé à ressentir des douleurs dans le côté gauche et à avoir des mictions fréquentes, mais sans pus ni sang dans les urines. Traitée pour une affection utérine, elle continua à souffrir et bientôt ses urines devinrent purulentes et les besoins plus fréquents, plus douloureux et plus impérieux. Cependant, refusant de se laisser examiner, elle fut soignée pour de la cystite par une médication purement interne.

Etat avant l'intervention. — En mars 1900, appelé auprès d'elle, je constate dans la région lombaire gauche, une volumineuse tumeur ayant la forme d'un rein très mobile, débordant le rebord des fausses côtes et pouvant être délogée de

la région et amenée dans la fosse iliaque, absolument indolente. Pas de douleur le long de l'uretère, qui semble néanmoins volumineux. Rein droit non perceptible, non douloureux à la pression dans le sinus costo-vertébral ; la malade n'en a jamais souffert. La vessie se vide bien ; elle est très sensible à la pression, surtout dans le bas-fond. Mictions toutes les heures environ, pas très pénibles, la malade pouvant résister aux besoins. Les urines, purulentes à certains moments, sont le plus souvent claires ; celles qu'on me montre sont à peine louches et contiennent un très faible dépôt pulvérulent. L'analyse faite le 3 avril donne :

Volume des 24 heures.....	1560
Densité	1,016
Réaction	acide
Couleur	jaune clair
Aspect	trouble
Sédiment	peu abondant
Urée	12 gr. par litre
Ac. phosphorique total.....	1 gr. 10
Chlorure de sodium.....	6 gr. 25
Albumine	1 gr. 90

Le dépôt est formé de leucocytes et de quelques cellules épithéliales du bassinet et de la vessie. Bactériologiquement, il contient des microcoques, quelques staphylocoques et un grand nombre de bacilles de Koch.

Mme G... est très amaigrie ; fièvre tous les soirs : 38° à 38°5 ; elle ne prend que du lait et des peptones qu'elle digère d'ailleurs très bien. Aucune trace de tuberculose par ailleurs ; l'auscultation de la poitrine notamment, pratiquée avec le plus grand soin à diverses reprises, ne révèle rien de suspect.

Néphrectomie le 7 avril 1900. Chloroforme. L'extirpation du rein, malgré son très gros volume, fut très aisée et rapide, en raison de l'absence complète de périnéphrite (non seulement l'atmosphère graisseuse n'avait subi aucune altération inflammatoire, mais elle avait pour ainsi dire complètement disparu) et de la grande mobilité de la tumeur. Ligature séparée des vaisseaux au catgut et section à environ 12 %_m

du hîle de l'uretère qui est très volumineux et dont les parois très épaisses mesurent près de 1 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$ d'épaisseur, tandis que la lumière, petite, n'a pas plus de 2 à 3 $\frac{\text{mm}}{\text{m}}$. La tranche du segment inférieur de l'uretère est fortement cautérisée au thermo-cautère.

Suites opératoires. — Les suites de l'opération furent d'abord très simples et le résultat semblait devoir être des plus favorables.

En effet, dès le lendemain de l'opération, les urines étaient redevenues claires et limpides et leur quantité à peine diminuée était de 950 cc. pour atteindre en quelques jours 1200 à 1400 cc. et même 1600 cc. ; parallèlement, les besoins d'uriner s'espacèrent. La fièvre tomba, l'appétit revint, et l'état général se releva.

Résultat éloigné. — Tout semblait présager la guérison complète, lorsque le 30 avril la malade commence à tousser et l'auscultation fait reconnaître de gros râles bronchiques. Je crus d'abord à une simple bronchite, mais bientôt des râles fins furent perçus aux deux sommets : la fièvre s'alluma de nouveau, et la malade succomba à une poussée de granulie dans les deux poudons le 23 mai, moins de 2 mois après la néphrectomie.

En résumé cette malade chez laquelle l'auscultation la plus attentive faite par M. le Professeur Pousson et le médecin traitant, avait été complètement négative, et qui n'avait en outre aucun passé pulmonaire, fit brusquement une poussée de granulie pulmonaire post-opératoire qui entraîna sa mort moins de deux mois après la néphrectomie.

OBSERVATION II

(BÆCKEL)

Adrien C..., 22 ans, cultivateur, au service le 2 décembre 1908, pour des symptômes vésicaux et rénaux.

Antécédents héréditaires : Néant.

Antécédents personnels : Plusieurs angines vers l'âge de 8 à 10 ans et de nouveau à 18 ans. *Ne tousse pas habituellement*. N'a jamais eu de blennorrhagie.

La maladie actuelle a débuté il y a environ 4 ans et s'est développée petit à petit. A. C... a commencé à cette époque à présenter des symptômes de cystite ; mictions toutes les heures ; grandes souffrances pendant et vingt minutes après les mictions ; urines purulentes et contenant un peu de sang parfois.

Au début, il s'est éloigné uniquement en prenant des cachets d'urotropine. Entré au régiment comme engagé volontaire, il dut se faire porter malade au bout d'un mois et fut admis à l'infirmerie où on lui fit des grands lavages au permanganate de potasse.

On l'envoya ensuite à l'hôpital à Béziers, où il fut traité pendant quatre mois (tisanes, urotropine, lavements laudanisés, pilules de térébenthine). Il fut alors envoyé en convalescence pendant trois mois.

Rentré au régiment, il se fatigue beaucoup à faire des marches et l'exercice, ne voulant pas se faire porter malade dans l'espoir d'un prompt avancement, mais souffrant beaucoup de sa vessie.

Au bout de cinq mois, il fut de nouveau envoyé à l'hôpital, puis réformé.

Rentré chez lui, il alla consulter un docteur à Epinal, qui lui fit plusieurs instillations de nitrate d'argent, sans améliorer son état. Ajoutons que depuis deux ans environ, le malade souffre de son rein droit, surtout lorsqu'il se fatigue.

Etat actuel. — Etat général : le malade est pâle, amaigri et a beaucoup perdu ses forces.

Vessie. — Les mictions sont très fréquentes ; il urine presque tous les quarts d'heure. Les souffrances sont vives, surtout à la fin des mictions.

Les urines, examinées dans un local, sont très troubles et ne se clarifient pas par le repos. Elles forment au fond du vase un dépôt abondant.

Analyse chimique des urines des vingt-quatre heures (Docteur Herbier) :

Quantité 1.700cmc.
Densité à 15° 1.014cmc.
Couleur n° 3 de l'échelle de Vogel.

Réaction acide.

Dépôt abondant (nombreux globules de pus).

Urée		12 gr. 12 (p. litre)	20 gr. 60 (p. 24 heures)
Acide urique	0 gr. 37	—	0 gr. 62
Chlorures	4 gr. 55	—	7 gr. 73
Phosphates	1 gr. 50	—	2 gr. 55
Glucose	0 gr. 00	—	0 gr. 00
Albumine	0 gr. 50	—	0 gr. 85

L'examen cystoscopique est très difficile à pratiquer, car la vessie est très intolérante. La vessie est très congestionnée et on aperçoit une ulcération au voisinage de l'uretère droit, par l'orifice duquel s'échappe de l'urine purulente.

Le rein droit étant à coup sûr malade, on pratique le cathétérisme de l'uretère gauche pour s'assurer du bon fonctionnement du rein correspondant.

Analyse chimique de l'urine des vingt-quatre heures (Docteur Herbier) :

Couleur n° 3 de l'échelle de Vogel.

Réaction acide.

Urée		(par litre)	17 gr. 10
Chlorures		—	8 gr. 00
Albumine		—	0 gr. 20

Pas de sédiments.

Examen histologique de l'urine du rein gauche (Professeur Hoche) :

Quelques globules rouges et cellules épithéliales. Quelques rares amas de leucocytes, la plupart mononucléaires. Pas de pus.

En somme, le rein gauche paraît présenter un fonctionnement suffisant pour autoriser une néphrectomie du côté droit.

Reins. — Le rein gauche n'est pas sensible à la palpation. Au contraire, en palpant le rein droit, on sent nettement son pôle inférieur ; la main qui explore n'enfonce pas autant que de l'autre côté et la palpation est légèrement douloureuse.

Uréters. — Le malade souffre aussi tout le long de son urètre droit. Points douloureux urétéraux à la pression.

Epreuve du bleu de méthylène satisfaisante.

Appareil génital. — Néant.

Appareil respiratoire. — Les poumons sont indemnes de bacillose, tout au moins évolutive. Respiration normale à l'auscultation. Pas de fièvre, pas de sueurs nocturnes.

7 décembre 1908. — *Intervention.* — Néphrectomie lombaire sous-capsulaire droite. L'incision oblique habituelle amène rapidement que le rein est entouré d'une périnéphrite scléreuse extrêmement intense. La graisse périrénale, très dure, est intimement accolée au rein. On reconnaît que la néphrectomie extra-capsulaire serait impossible. On fait donc la décortication intra-capsulaire qui se fait assez difficilement car le rein est très mou et remonte là-haut dans les fausses côtes.

Préalablement, le rein avait été incisé et il en était sorti une notable quantité de pus qu'on avait recueillie sur des compresses. Le rein décortiqué est énucléé. Il a perdu toute apparence du rein normal et apparaît formé de plusieurs volumineuses cavernes juxtaposées, qui lui donnent une apparence lobulée. On place des clamps sur le pédicule, et on enlève l'organe. On fait les ligatures du pédicule au catgut. Le pédicule est assez épais et très dur. La plaie est ensuite abondamment lavée à l'eau oxygénée. On tamponne avec trois mèches de gaze et on rétrécit simplement les angles supérieurs et inférieurs de la plaie avec trois ou quatre points de sutures musculo-aponévrotiques au catgut et autant de points au crin de Florence pour la peau. Le tiers moyen de la plaie est laissé ouvert et donne issue aux mèches.

Suites opératoires normales. Légère élévation de température le deuxième jour, puis la température redevient normale.

10 décembre. — Le pansement superficiel a été renouvelé tous les jours. Les deux ou trois premiers jours, suintement séro-sanguinolent abondant qui se tarit assez vite. Aujourd'hui, on retire les mèches et on les remplace par une mèche au peroxyde de zinc.

Depuis l'opération, les urines ont été de quantité normale. Etat général très bon.

15 décembre. — Va bien. On enlève les sutures. On met encore une mèche dans le trajet qui n'est pas réuni. Peu de sécrétion. Bon état général. On fait des injections d'huile gaïcolée dans la vessie.

21 décembre. — Va bien. La plaie sécrète peu et diminue de profondeur. Les urines sont presque claires. Le malade commence à se lever.

31 décembre. — Va bien. Repart chez lui. Il ne reste plus à cicatriser qu'un trajet peu profond dans lequel on met encore une mèche. Le malade continuera ses injections d'huile gaïcoléo-iodorformée.

13 janvier 1909. — Le malade revient au service avec une épидidymite tuberculeuse gauche. Il reste encore une petite étendue de l'incision à cicatriser.

22 janvier. — On pratique la castration à gauche. L'épididyme et le canal déférent sont très volumineux et pleins de pus.

25 janvier. — Les deux points de l'incision lombaire qui restaient à cicatriser sont en bonne voie de fermeture.

29 janvier. — On enlève les sutures de la castration. Réunion par première intention.

11 février. — L'opéré se lève depuis quelques jours. La plaie de la castration est guérie. Les fistules de la cicatrice lombaire le sont presque aussi.

Le malade commence à faire une épидidymite bacillaire à droite.

20 février. — Petite fistulette au niveau de la partie supérieure de la cicatrice de castration.

25 février. — On pratique l'épididymectomie droite. L'épididyme est enlevé avec plusieurs centimètres du canal déférent déjà bosselé moniliforme. Au niveau de la queue de l'épi-

didyme, noyau induré du volume d'une noisette, contenant déjà du pus au centre.

Les fistules lombaires sont à peu près cicatrisées. Suites opératoires normales. On enlève les fils le huitième jour. Réunion par première intention. Quelques jours après, le malade se lève.

19 mars. — Les fistules lombaires sont à peu près fermées, ainsi que la fistulette de la castration à gauche. On continue les injections vésicales. Bon état général.

18 avril. — Il persiste encore une petite fistule très étroite, mais profonde. L'état général est bon. Le malade a quitté l'hôpital à la fin de mars.

3 mai. — Revu. Guéri, sauf une petite fistule lombaire extrêmement étroite quoique encore profonde, mais qui ne suppure plus.

A la bourse droite, il persiste à la partie inférieure de la cicatrice une fistule qui suppure un peu. Bon état général.

24 mai. — La cicatrice lombaire est complètement fermée (quatre mois après l'opération). A la bourse droite, il persiste une fistule entretenue par l'extrémité du canal déférent qui est gros. A gauche, légère fistule qu'on cautérise au thermocautère.

27 mai. — On extirpe à droite la fistule, le noyau caséux qui l'entretenait et environ sept à huit centimètres du canal déférent qui paraît sain. Drainage avec un faisceau de crins et quelques sutures.

2 juin. — On enlève les sutures et le drainage. La réunion est obtenue. Sort quelques jours après.

Revu en juillet. Bon état général. La région lombaire est bien cicatrisée. Il persiste une petite fistulette de chaque côté de la racine de la verge, provenant évidemment des deux canaux déférents.

Vers le 15 juin 1909, le malade reprend son travail. Bon état général. A engraisé. La vessie va beaucoup mieux ; les souffrances ont disparu ; les urines sont presque claires. Mictions environ toutes les deux heures (au lieu de tous les quarts d'heure).

En août 1909, les deux fistules des bourses s'oblitérent spontanément. Bon état général et local.

Suites éloignées.

Février 1910. — Nous avons l'occasion de revoir le malade qui dit avoir été en parfaite santé jusqu'à il y a trois semaines environ, époque à laquelle il contracte une bronchite. Dès lors, il n'a jamais cessé de tousser.

En juin 1910, il obtient un mois de congé pour soigner sa « bronchite ». Il va alors à la campagne, mais reprend bientôt son travail non guéri.

De même, il recommence à souffrir un peu de sa vessie. Il n'urine que toutes les deux heures, mais les mictions sont un peu douloureuses et surtout très impérieuses.

Les urines sont légèrement troubles. Il avait, du reste, cessé tout traitement vésical depuis quelques mois.

L'état général néanmoins reste bon.

Décembre 1910, — Depuis un mois, le malade a beaucoup maigri, son état général décline, et il est obligé de cesser son travail.

Toux et expectoration abondante ; anorexie, mauvaises digestions, diarrhée.

Le 10 janvier 1911, nous revoyons une dernière fois l'opéré et nous notons l'état suivant :

Cicatrice lombaire non douloureuse. Cicatrisation définitive en quatre mois.

Vessie. — Après une amélioration nette de l'état vésical pendant un an et demi, il recommence à souffrir.

Nombre des mictions. — Urine toutes les heures ou toutes les deux heures au plus.

Les urines sont troubles à l'émission et forment un léger dépôt.

Capacité vésicale. — 80 grammes.

Cystoscopie. — La vessie est très congestionnée. Au voisinage de l'uretère droit correspondant au côté opéré, on aperçoit encore quelques petites ulcérations recouvertes de pus et des placards très rouges. La région voisine de l'uretère gauche présente aussi des placards très rouges, mais pas d'ulcérations.

Uretères. — L'uretère droit, correspondant au côté opéré, est douloureux sur tout le trajet du côté gauche.

Quantité des urines des vingt-quatre heures : 1 litre en moyenne.

Etat du rein restant. — Le rein gauche ni l'uretère correspondant ne sont douloureux. Cependant, la palpation révèle une hypertrophie assez nette de l'organe.

Analyse chimique de l'urine des 24 heures (Docteur Her-
bier) :

Quantité	1.000 cme.
Urée	(par litre et par 24 heures) 24 gr. 78
Chlorures	2 gr. 55
Phosphates	1 gr. 00
Albumine	1 gr. 00

Dépôt peu considérable dans lequel se trouvent
des globules de pus.

Inoculation au cobaye positive. (L'animal meurt 5 semaines après l'inoculation. A l'autopsie : bacillose généralisée.)

Poids du malade. — Il ne peut indiquer de chiffres ; a beaucoup maigri.

Etat général mauvais. Fièvre le soir, sueurs nocturnes.

Appareil respiratoire. — Le malade tousse beaucoup et expectore des crachats purulents en abondance. Au sommet gauche, matité, inspiration rude, expiration soufflée. Au sommet droit, râles sous-crépitaux sonores et souffle révélateur d'une petite caverne. Résonance de la voix, renforcement des vibrations. En somme, lésions bacillaires en pleine évolution.

Appareil génital. — Au toucher rectal, la prostate est un peu augmentée de volume et douloureuse. Pas de bosselures.

Appareil digestif. — Anorexie absolue, parfois quelques vomissements après le repas, diarrhée ; parfois, les selles sont teintées de sang. Douleurs dans le ventre sous forme de coliques.

En résumé, le malade présente un mauvais état général et de la bacillose pulmonaire et intestinale. La bacillose du rein restant est probable, malgré le bon taux d'urée.

Nous prescrivons à C... de reprendre le traitement vésical et ordonnons un régime approprié à son état.

Le malade meurt chez lui le 30 avril 1911, deux ans et demi après la néphrectomie.

Sa mère nous écrit qu'il s'est affaibli progressivement et qu'il s'est éteint sans souffrances. Les signes pulmonaires se seraient beaucoup aggravés dans les derniers temps. Jusqu'à la fin, quantité des urines normale, mais urines très troubles. N'a jamais souffert de son rein gauche.

En résumé, ce malade présentait une tuberculose rénale droite, à forme pyonéphrotique; avant l'intervention, ses poumons étaient indemnes de bacillose; 6 semaines après la néphrectomie, il subit une castration à gauche, un mois plus tard une épидidymectomie à droite; 14 mois à peine après la néphrectomie, des signes de tuberculose pulmonaire apparurent; le malade mourait deux ans et demi après l'intervention, entraîné par une aggravation rapide de ses lésions pulmonaires.

OBSERVATION III

(BÆCKEL)

Léon L..., 25 ans, cultivateur, entre le 20 août 1904, à l'hôpital (salle IV, lit 2), pour des symptômes douloureux dans la région rénale droite accompagnés d'urines purulentes.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents collatéraux. — Un frère mort, en bas âge, de méningite.

Antécédents personnels. — Le malade aurait été pris il y a environ trois ans, sans cause connue (jamais de blennorragie), de cystite avec mictions fréquentes, douloureuses, urines troubles.

Peu à peu les symptômes de cystite ont disparu, les mictions n'étant presque pas plus fréquentes qu'à l'état normal et non douloureuses. Mais elles sont restées troubles depuis cette époque et font un dépôt purulent.

Depuis assez longtemps aussi le malade ressent des douleurs dans le rein droit de temps en temps, jamais à gauche. *Il ne tousse pas habituellement.* Cependant, il s'enrhume facilement l'hiver. Pas d'affection tuberculeuse manifeste par ailleurs.

Maladie actuelle. — C'est pour la continuation de ces symptômes douloureux du côté du rein droit qu'il vient consulter principalement.

Exploration du canal. — L'urètre laisse facilement passer un explorateur n° 22.

La vessie n'est pas sensible. On introduit facilement 160 gr. de liquide. Les urines sont troubles.

Examen cystoscopique. — La vessie elle-même n'est pas malade, sauf un peu de rougeur. Pas d'ulcérations. La région de l'uretère gauche est normale, et de cet uretère sort de l'urine qui semble claire. Au contraire, la région urétérale droite est le siège d'un boursoufflement œdémateux très prononcé de la muqueuse, gonflement qui s'étend à toute la partie droite de la saillie inter-urétérale. L'orifice urétéral lui-même est profondément caché dans une sorte d'entonnoir. Il en sort des jets de pus.

Division des urines avec l'appareil de Cathelin. — Résultat peu net. Il ne sort rien à droite ; à gauche, l'urine est un peu trouble.

Epreuve du bleu de méthylène. — Très bonne. Le bleu passe en abondance dans l'urine dès la première demi-heure et continue à bien passer pendant environ 24 heures, plus faiblement pendant les 24 heures suivantes.

Etat du rein. — Le rein droit est gros et douloureux, facilement senti ; le rein gauche n'est pas senti.

Appareil génital. — Néant.

Etat général. — Relativement bon.

On diagnostique une tuberculose rénale droite et on propose la néphrectomie.

23 août 1904. — *Intervention.* — Néphrectomie lombaire droite. On arrive rapidement sur le rein qui est très long et gros. On le dénude facilement de sa capsule graisseuse successivement sur ses deux faces et à ses deux extrémités. Les adhérences sont lâches. Le rein est attiré par son pôle inférieur dans la plaie. Il est gros, très long, bosselé, les bosselures sont formées d'abcès multiples. On pince le pédicule avec plusieurs clamps, et on le sectionne. Pendant la section du bassinet, il s'écoule une notable quantité de pus dans la plaie. Celle-ci est ensuite bien nettoyée. La vaste cavité est drainée avec deux gros drains et de deux mèches de gaze. Le pédicule est lié au catgut en plusieurs faisceaux. Suture partielle des muscles au catgut et de la peau au crin. Pansement compressif. 500 grammes de sérum après l'opération et autant le soir.

Examen de la pièce. — Le rein est transformé en une série de cavernes, les unes ouvertes dans le bassinet, les autres sans communication avec lui et toutes remplies d'un pus épais. En outre, quelques gros noyaux tuberculeux demi-solides. Il ne semble plus y avoir de substance rénale saine.

Suites opératoires normales au début.

30 août. — On retire les sutures.

3 septembre. — Va bien. Il y a toujours un peu de suppuration par la plaie. L'état général est bon. Les urines sont claires.

5 septembre. — Va bien. Suppuration moindre. Urines claires. Bon état général.

15 septembre. — La supuration diminue. Le malade commence à se lever.

25 septembre. — Peu de suppuration. Les tubes sont toujours assez longs. Bon état général. Le malade se lève et vient à la consultation se faire faire des injections d'huile goménolée dans la vessie.

26 septembre. — On retire les tubes et on glisse à leur place une mèche de gaze iodoformée.

30 septembre. — Le trajet se rétrécit dans le fond. La circulation est très lente.

6 octobre. — La plaie a de nouveau suppuré plus abondamment. Le reste de la cicatrice s'est ulcéré.

8 octobre. — Il persiste un trajet suppurant assez profond. Fin novembre, le malade quitte l'hôpital. A ce moment, il persiste encore un trajet suppurant d'environ 4 à 5 $\frac{1}{2}$ m de profondeur. La vessie va bien. L'état général se maintient assez bon. Le malade continuera chez lui ses pansements et son traitement pour la vessie.

25 décembre 1904. — Le malade écrit de chez lui que depuis sa sortie de l'hôpital, *il tousse beaucoup, ne mange guère et vomit*. La fistule lombaire continue à suppuer.

Suites éloignées. — Mars 1911. — Le père du malade nous écrit que son fils *est mort le 17 février 1905*, soit moins de six mois après l'opération, après avoir continué à décliner depuis le mois de décembre (fièvre, sueurs, amaigrissements, toux fréquente, vomissements après chaque repas). Sa fistule lombaire n'était jamais arrivée à se fermer complètement.

En résumé, cette observation montre, chez un malade néphrectomisé pour une tuberculose rénale droite à forme caverneuse, l'apparition de complications pulmonaires qui devaient entraîner sa mort 6 mois après l'intervention, alors qu'il ne présentait antérieurement aucun signe de bacillose pulmonaire.

OBSERVATION IV

(Professeur ROCHET)

M..., 56 ans, meunier.

Entre dans le service de M. le Professeur Rochet le 29 octobre 1912.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 74 ans de vieillesse. Mère morte à 75 ans. Un frère mort à 65 ans.

D'autre part, il a eu deux enfants bien portants.

Sa femme est morte à 36 ans d'influenza ?

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures. Pas de blennorragie. Pas de chancres.

Le début de l'affection actuelle remonterait au mois de février 1912 ; sans motif, un jour, le malade urine du sang ; il constate que ses urines étaient devenues troubles. Les urines sont restées troubles depuis cette époque ; toutefois, elles deviennent claires par périodes.

En mars 1912, deux nouvelles hématuries.

Il ne présente pas alors de phénomènes généraux.

Actuellement, le malade urine toutes les deux heures pendant la nuit et trois à quatre fois pendant le jour. La miction est un peu douloureuse et la douleur s'étend jusqu'au bout de la verge.

La vessie a une capacité de 150 cc, elle renferme une urine très purulente. On ne sent aucun calcul. Les deux reins ne sont ni douloureux, ni perceptibles à la palpation.

La prostate est de volume normal. Elle contient, au milieu d'un tissu resté souple, un nodule induré particulièrement volumineux dans le lobe gauche.

La queue de l'épididyme gauche est également indurée. Rien au testicule droit.

A l'épreuve des 3 verres, les urines sont uniformément troubles.

Le 4 novembre 1912 (Professeur Rochet), le catéthérisme urétéral gauche se fait sans difficulté ; l'orifice urétéral est normal. La sonde permet une évacuation très rapide d'environ 25 grammes d'un liquide purulent (comme s'il s'agissait d'une petite poche pyélique).

On inocule des urines du rein gauche à un cobaye :

Huit jours plus tard, le cobaye meurt.

L'analyse des urines du rein gauche (volume 35 cc) donne :

Urée par litre..... 1 gr. 02

NaCl par litre..... 2 gr. 90

Le 9 novembre 1912, on pratique le cathétérisme de l'uretère droit. L'orifice est normal.

On inocule des urines du rein droit à un cobaye : un mois après, l'autopsie est complètement négative.

L'analyse des urines du rein droit donne :

Urée par litre..... 7 gr. 10

NaCl par litre..... 6 gr. 60

À l'auscultation, on ne trouve rien aux poumons.

Le 31 janvier 1913, néphrectomie gauche. Anesthésie à l'éther.

Incision postérieure. On tombe sur un rein volumineux adhérent surtout vers son pôle supérieur. On arrive sans trop de difficultés pourtant à dégager le parenchyme rénal. Mais, au niveau du hile, il y a un tissu fibro-graisseux très résistant et cette périhilité jointe à la brièveté du pédicule empêche de tirer le rein au dehors. On agrandit la partie inférieure de l'incision. L'uretère présente des parois épaisses, il est presque du volume du petit doigt. On le lie un peu bas en détruisant au thermo-cautère la muqueuse de la tranche de section. On remonte alors sur la face antérieure du pédicule ; on réussit à lier l'artère et la veine rénale. On place deux gros drains.

Suture musculaire à deux plans. Suture de la peau.

Le rein enlevé est violacé, bosselé. Les lésions siègent surtout sur le pôle supérieur. Dans le reste du rein, on voit des nodules tuberculeux épais et des lésions tuberculeuses au niveau des calices et du bassin.

Le tissu cellulo-graisseux du hile est induré.

Le 2 février, on change les compresses superficielles du pansement.

Le 6 février : Pouls petit, le matin à 150, le soir à 125. Le malade fait des vents, le ventre est souple.

Les jours suivants, l'état du malade est mauvais. Il tousse, il vomit. Les lésions pulmonaires que révèle l'auscultation évoluent très rapidement ; la cyanose apparaît et le 24 février le malade succombe à 9 heures du matin.

En résumé, chez ce malade qui portait un rein gauche tuberculeux, et qui présentait des lésions tuberculeuses prostatiques et épидидymaires, des lésions pulmonaires apparurent pour la première fois quelques jours après la néphrectomie ; elles évoluèrent très rapidement, entraînant sa mort moins d'un mois après l'intervention.

OBSERVATION V

(Professeur ROCHET)

Mlle P... Berthe, 30 ans.

La malade vient de l'hôpital de la Croix-Rousse, elle est envoyée dans le service parce qu'elle souffre de la vessie.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — 1903 : la malade ressentit de violentes douleurs dans la région rénale droite ; elle en souffrit pendant 10 ans ; elle vit alors le Docteur Vignard, qui découvrit un abcès par congestion (mal de Pott), abcès qui fut ponctionné quatre fois.

En février 1922, la malade *prit la grippe*, puis elle souffrit de sa vessie : douleurs vésicales plus accusées le jour que la nuit et qui furent de plus en plus violentes, obligeant la malade à garder la bassine jour et nuit. L'analyse des urines pratiquée à Saint-Claude sur le conseil d'un médecin, révéla la présence de bacilles de Koch.

Actuellement, à l'entrée 1^{re} août 1922, les douleurs sont moins fortes. La malade urine deux ou trois fois la nuit. A l'examen : on est en présence d'une malade dont l'état général est assez bon. Dans la région dorso-lombaire, on trouve

les traces d'une légère gibbosité. Pas de douleurs à la pression des apophyses épineuses. Dans la région rénale, la palpation est très difficile, la réaction de défense musculaire est très nette. Pas de points urétéraux.

Urine assez claire contenant un beau disque d'albumine.

Capacité vésicale de 150 cc.

Le 8 août 1922, M. le Professeur Thévenot pratique une cystoscopie : vessie très tomenteuse et congestionnée. Orifices urétéraux facilement découverts ; orifice gauche présente un cercle d'œdème et quelques ulcérations.

Analyse chimique des urines. Rein droit : volume 55 cc. ; urée 12,80 % ; chlorures 13 gr. 63 %. Rein gauche : volume 10 cc. Il s'écoule du pus presque pur.

Inoculation au cobaye. Rein droit : négative ; rein gauche : positive.

La malade quitte l'hôpital le 10 août 1922.

Elle y entre à nouveau le 29 janvier 1923. A la cystoscopie, on constate un orifice urétéral gauche enflammé et ulcéré. Urines peu abondantes, en espèce de bouillie.

L'orifice urétéral droit est un peu œdémateux. Urine abondante, claire, sans albumine.

L'examen des poumons est négatif.

Le 2 février, intervention : incision lombaire. Rein gauche très adhérent avec périnéphrite marquée. Libération difficile. On laisse deux pinces à demeure et on enlève le rein sans faire de pédicule. On met deux drains et une mèche. La surrénale gauche a été traumatisée ; elle est réintégrée à sa place, tenant seulement à son pédicule vasculaire.

10 février. — Par la plaie lombaire s'éliminent de nombreuses flammèches purulentes.

16 février. — On est frappé par l'asthénie persistante de la malade ; elle répond très lentement aux questions posées, comme avec dégoût ; elle est presque incapable de se mouvoir sur la table de pansement. La tension artérielle à l'appareil de Galavardin est de 8,5/4. On ne trouve pas la raie blanche de Sergent.

18 février. — On commence le traitement par l'adrénaline par voie buccale à la dose de 1 milligramme.

20 février. — La malade semble améliorée. Son asthénie a certainement diminué. On porte la dose d'adrénaline à 2 milligrammes. La tension est de 9/5. Le teint de la malade s'est éclairci ; elle devient plus gaie.

21 février. — L'amélioration notée hier ne s'est pas maintenue. L'asthénie reparait. *De plus, sous la clavicule droite, on entend un bouquet de râles humides.* Tension 10/5.

22 février. — Etat local amélioré ; état général stationnaire. *On ausculte la malade : en arrière, dans la fosse sus-épineuse droite, on entend quelques râles inspiratoires.* A gauche, rien de spécial. *Il semble que la malade fait une tuberculose ulcéro-caséuse droite.* Tension 8,5/4,5.

23 février. — Tension 9/5. La malade se sent bien.

2 mars. — L'amélioration ne se maintient pas : l'état général décline de jour en jour. La tension reste aux environs de 8. La plaie est atone. *A l'auscultation, on constate toujours les mêmes signes au sommet droit.*

La malade quitte l'hôpital le 22 mars 1923.

On apprend ensuite qu'elle est morte 10 jours environ après sa sortie de l'hôpital, succombant à une poussée suraiguë de sa tuberculose pulmonaire.

En résumé cette malade, atteinte de tuberculose rénale gauche, mourut 2 mois à peine après la néphrectomie de granulie pulmonaire, alors que dans le passé elle n'avait présenté aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Elle avait eu un abcès pottique dans son enfance.

OBSERVATION VI

(Professeur ROCHET)

Mlle X..., 27 ans.

S'est toujours bien portée, sauf qu'elle a présenté des troubles gastro-intestinaux, assez accusés parfois, à partir de l'adolescence. On l'avait traitée pour de la ptose intestinale (Docteur Sigaud), pendant de longues années. Mais jamais d'accidents suspects de tuberculose, pas d'adénite, pas de tendance à s'enrhumer, etc., mais urines claires sans albumine.

De suite après son mariage, elle fut prise assez subitement d'accidents sérieux du côté de la vessie, cystalgie intense, pollakiurie, pyurie. On mit ces accidents sur le compte d'un voyage de noces prolongé et d'écarts de régime assez notables pendant cette période. Pendant le mois qui suivit l'apparition de ces incidents, les choses s'aggravèrent rapidement : une pyurie intense s'installa, la cystalgie ne fit qu'empirer et l'examen soigneux de la malade, inoculation des urines au cobaye, l'apparition assez rapide d'un rein objectivé du côté droit, montra que c'était une tuberculose rénale qui évoluait rapidement.

Quoique le cathétérisme urétéral eut été impossible en raison de l'intolérance vésicale, on ne fit la néphrectomie du rein droit qu'en se basant sur une bonne constante.

Tout parut bien aller pendant 15 jours ou 3 semaines ; on avait enlevé un rein nettement pyonéphrotique, mais la situation générale restait sévère. La température, après avoir baissé notablement les premiers jours après l'opération, se maintenait toujours autour de 38°5, 39° le soir, et cependant on ne trouvait aucune localisation à l'auscultation des poumons. Au bout de 3 ou 4 mois, alors que la plaie était presque cicatrisée et qu'on parlait d'envoyer la malade dans le Midi pour se remonter, elle prit brusquement un redoublement de fièvre, une figure un peu cyanosée et, un jour, le médecin qui la suivait très attentivement constata des râles dans les deux poumons. Le reste de l'organisme paraissait sain : pas de signes de granulie du côté des méninges ou du péritoine.

La malade succomba rapidement en 8 jours d'asphyxie progressive avec température toujours élevée et avec des signes d'auscultation d'envahissement pulmonaire étendu de chaque côté.

En résumé, cette observation montre l'apparition de complications pulmonaires graves et rapides, 4 mois après une néphrectomie, chez un sujet qui avait eu une forme évolutive très rapide de bacillose rénale, alors que rien dans le passé de la malade n'avait pu même faire supposer des lésions pulmonaires latentes.

OBSERVATION VII

(Professeur Pousson)

M..., 32 ans, domestique, issu d'une mère morte tuberculeuse et d'un père vivant encore et bien portant, a joui d'une bonne santé jusqu'à 25 ans.

Histoire de la maladie. — A cet âge, au retour du service militaire pendant lequel il a contracté 2 blennorragies de longue durée compliquées de cystite et d'orchite, il a commencé à éprouver de la fréquence et des douleurs de la miction, en même temps que ses urines sont devenues purulentes et parfois un peu sanguinolentes. Sans avoir jamais complètement cessé, ces symptômes urinaires se sont amendés sous l'influence d'un traitement, mais ils ont reparu à diverses reprises. Depuis plus d'un an, ils persistent et s'aggravent, aussi le malade se décide-t-il à venir à la clinique le 23 juin 1896.

Etat avant l'intervention. — Il se plaint surtout d'envies très fréquentes d'uriner (tous les quarts d'heure environ) et de douleurs très violentes à la fin des mictions, symptômes qui ne lui laissent aucun repos. Ses urines chargées de pus

ne s'éclaircissent pas complètement par le repos et forment un dépôt égal au quart du volume total.

Epididyme droit, tuméfié et bosselé, déférent sain ; épидидyme et déférent gauches sains. Prostate infiltrée, surtout au niveau du lobe droit, qui présente un grand nombre d'indurations saillantes.

Canal libre, léger spasme de la portion membraneuse et grande sensibilité de la traversée prostatique et du col. Le corps de la vessie est lui-même douloureux au contact de la distension.

L'uretère et le rein droits paraissent sains, mais on trouve dans la région lombaire gauche une tumeur volumineuse ayant tous les caractères du rein augmenté de volume. Cette tumeur est très peu douloureuse à la pression et jamais le malade n'a éprouvé la plus petite douleur spontanée de ce côté.

L'état général est mauvais : affaiblissement et amaigrissement considérables : perte d'appétit, diarrhée, fièvre tous les soirs. Il existe au sommet des deux poumons des lésions de tuberculose au second degré. Ces dernières lésions jointes aux indurations bosselées de l'épididyme et de la prostate ne permettent pas de douter du diagnostic de pyonéphrose tuberculeuse du rein gauche, que vont d'ailleurs confirmer la présence des bacilles dans l'urine.

Après un certain temps d'hésitation, on se décide à intervenir par la néphrectomie.

Néphrectomie le 11 juillet 1896. Anesthésie par le chloroforme. Incision lombaire curvo-rectiligne donne accès à un rein très volumineux entouré d'une gangue de périnéphrite scléreuse de 2 à 3 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$ d'épaisseur qu'on extirpe en même temps que le rein. Les éléments du pédicule ne pouvant être isolés, on les lie en masse en 2 faisceaux. Tamponnement léger de la plaie à la gaze iodoformée et suture à 2 étages de la paroi lombaire.

Suites opératoires. — Pendant 3 jours, le malade, très abattu, présente un état inquiétant : le thermomètre demeure au-dessous de 37°, le pouls est fréquent et petit ; les urines sont rares (500 à 700 gr. dans les 24 h.), foncées de couleur et épaisses, mais notablement moins purulentes qu'avant l'opé-

ration ; le quatrième jour, le malade est moins déprimé ; sa température remonte à 37°2 ; son pouls est mieux frappé et moins fréquent ; ses urines plus claires deviennent plus abondantes (950 gr.).

L'amélioration va s'accroissant très rapidement et le malade ayant recouvré son appétit et ses fonctions digestives, prend de l'embonpoint.

Du côté de la plaie lombaire tout marche régulièrement et la cicatrisation est complète au bout de six semaines.

Résultat éloigné. — Le malade sort de l'hôpital le 30 août. Ses urines renferment encore une assez forte proportion de pus, mais les besoins d'uriner sont beaucoup moins fréquents et douloureux ; la capacité de la vessie a augmenté de 100 cc. L'état général est très bon, mais les lésions pulmonaires sont sensiblement les mêmes qu'avant l'opération.

En octobre, le malade m'écrit qu'il continue à bien aller en ce qui concerne son appareil urinaire, mais qu'il tousse beaucoup et qu'il recommence à maigrir. N'ayant pas eu de nouvelles depuis, je le considère comme décédé.

En résumé ce malade, atteint de pyonéphrose tuberculeuse du rein gauche et en outre de lésions tuberculeuses de la prostate et de l'épididyme droit, présentait au sommet de ses deux poumons des lésions de tuberculose au second degré ; on pratiqua une néphrectomie, une amélioration passagère suivit, mais 3 mois après, les lésions pulmonaires s'accrochèrent et entraînèrent la mort du malade.

OBSERVATION VIII

(BÆCKEL)

Mme P..., 30 ans, femme de ménage, entre à la salle VII, lit II, le 25 mai 1906, pour une affection du rein droit.

Antécédents. — La malade n'a jamais eu de maladie grave antérieurement. Elle a eu quatre grossesses normales.

Maladie actuelle. — La malade a mis au monde son cinquième enfant, il y a six semaines. Pendant les quatre derniers mois de sa grossesse, elle souffrait d'une façon presque continuelle de son rein droit. De plus, elle a présenté des symptômes de cystite.

Quinze jours avant l'accouchement, une analyse d'urine fait découvrir de l'albumine et du pus.

Après l'accouchement, elle aurait eu de la fièvre (37° à 38°5) pendant une quinzaine de jours. On s'était demandé s'il n'y avait pas une infection utérine ; en réalité, la température était attribuable à l'affection rénale.

Etat actuel. — *Etat général* : La malade a beaucoup maigri depuis les derniers mois de sa grossesse. Elle est au régime lacté depuis deux mois. Actuellement, l'amaigrissement est très considérable.

Poumons. — Signes nets d'induration des deux sommets, sans râles toutefois.

Reins. — La malade souffre de son rein droit exclusivement. L'observation ne dit pas si les reins étaient augmentés de volume.

Examen cystoscopique. — L'orifice de l'uretère droit est extrêmement dilaté, tuméfié, rouge et couvert de pus. Rien de spécial au niveau de l'uretère gauche. Le reste de la vessie est un peu congestionné.

Le cathétérisme de l'uretère droit conduit dans un bassinnet distendu, contenant 30 cmc. d'urine purulente. On fait un lavage au nitrate d'argent à 2/100. L'urine retirée, filtrée, contient une proportion de 1 gr. 50 par litre.

26 mai. — Le cathétérisme de l'uretère droit permet de retirer 25 cmc. d'urine purulente. On le fait suivre d'un lavage

du bassinnet au nitrate d'argent à 1/100. Accès de fièvre le soir : 39°. Pas de température le lendemain.

28 mai. — Rétention de 28 cmc. Urines encore très troubles et contenant en suspension de petits graviers.

La malade souffre beaucoup moins de son rein. Elle commence à manger et les digestions sont bonnes. Lavages avec cinq seringues de 12 cmc. de nitrate d'argent à 1/1000.

30 mai. — La malade a eu hier soir une poussée de température : 38°6. Aujourd'hui, on passe dans l'uretère droit et sur mandrin, une sonde à bout coupé n° 10, qu'on laissera à demeure. Il sort du bassinnet la même quantité d'urine purulente. On recueille les urines séparées (celle du rein gauche est recueillie au moyen d'une sonde placée dans la vessie) et on les soumet à l'analyse. Lavage du bassinnet avec la solution de nitrate d'argent.

Analyse chimique de l'urine totale de 24 heures (20 mai), et des urines séparées (31 mai 1906), Docteur Robert.

	<i>Urines totales</i>	<i>Rein droit</i>	<i>Rein gauche</i>
Quantité	1.700 cmc.		
Densité à 15°	1.012	1.006	1.025
Couleur	n° E de l'échelle de Vogel	n° I, presque incolore	n° 4
Réaction	neutre	neutre	acide
Dépôts	abondant, blanc	très abondant, blanc jaunâtre	très léger
Résidue	16 gr. 52 (par 24 h.)	4 gr. 05 (par litre)	26 gr. 46 (p. lit.)
Acide urique	0 gr. 27 —	traces —	0 gr. 65 —
Chlore des chlorures	6 gr. 54 —	2 gr. 20 —	7 gr. 00 —
Acide phosphorique			
PO ₅ total	1 gr. 19 —	traces —	1 gr. 50 —
Glucose	0 gr. 00 —	0 gr. 00 —	0 gr. 00 —
Albumine	0 gr. 51 —	1 gr. 15 —	1 gr. 20 —

Examen microscopique du dépôt :

Dépôt entièrement constitué par les globules du pus	Constitué en totalité par du pus	Quelques globules blancs qui provien- nent peut-être de l'autre rein
---	-------------------------------------	--

31 mai. — Epreuve au bleu de méthylène. Le rein malade n'élimine pas la moindre trace de bleu, tandis que l'élimination du rein gauche paraît normale.

13 juin. — On retire la sonde urétérale.

14 juin. — On n'a plus fait aucun sondage du rein. La malade se trouve mieux depuis que la sonde urétérale est retirée. Elle s'alimente assez bien et reprend un peu de force.

Urines encore purulentes. Tous les soirs : 38° de fièvre.

Le rein droit étant très malade, tandis que le gauche paraît fonctionner d'une façon normale, on décide de pratiquer une néphrectomie droite dès que la malade sera un peu remontée.

20 juin. — Etat général meilleur. Cependant, tous les soirs, le thermomètre accuse 38°.

21 juin. — On pratique le cathétérisme de deux uretères et on soumet de nouveau les urines séparées à l'analyse.

Les résultats de cette analyse sont à peu près les mêmes que précédemment, sauf que cette fois l'urine du rein gauche ne contient pas de dépôt. Ce qui semble prouver que celui qu'on avait obtenu lors du premier examen provenait de l'autre rein. De plus, l'urine du rein gauche ne referme plus que 0 gr. 70 d'albumine au lieu de 1 gr. 20.

2 juillet 1906. — *Intervention.* — Néphrectomie lombaire droite. — Accident opératoire : ouverture du péritoine. Incision oblique habituelle. La malade ayant glissé sur la table, sans qu'on s'en aperçoive, on se trouve amené à inciser trop haut et on ouvre le péritoine au niveau du bord postérieur du foie. On referme aussitôt la brèche avec un surjet de catgut.

Le rein est ensuite rapidement mis à nu. Il est gros, bosselé, blanchâtre, couvert extérieurement d'un semis de granulations d'aspect tuberculeux. Pendant la dénudation du rein, il s'écoule de celui-ci un peu de liquide purulent qu'on éponge soigneusement. On résèque ensuite une certaine longueur d'uretère, on le lie, et on le coupe au thermo. Les vaisseaux rénaux sont liés au catgut, et le rein est enlevé.

La plaie est drainée avec un gros drain. On suture les muscles au catgut et la peau au crin. Bandage compressif. Sérum artificiel.

Examen de la pièce. — Le rein enlevé est parsemé de nombreuses et grosses cavernes. La substance rénale normale a complètement disparu. Ce qui en reste entre les cavernes est absolument infiltré de tubercules solides plus récents. En somme, tuberculose rénale typique (forme ulcéro-caverneuse).

Suites opératoires. — Pendant les trois premiers jours, injections de sérum, matin et soir. Peu de fièvre, La malade quoique affaiblie, a bien supporté l'intervention. Les urines restent encore un peu troubles.

6 juillet. — Pansement. Peu de sécrétion. On raccourcit un peu le drain.

9 juillet. — On supprime les sutures et on remplace le gros drain par un drain plus petit. Etat assez satisfaisant.

16 juillet. — Localement, la plaie est réunie dans toute sa partie suturée. Fréquents accès de fièvre le soir.

23 juillet. — On remet un drain plus haut, qui évacue une certaine quantité de pus par la plaie. Etat général médiocre.

1^{er} août. — On débride largement la cicatrice cutanée de façon à mettre à découvert la cavité sous-jacente encore profonde qui va jusqu'au pédicule du rein et qui continue à suppurer. On bourre toute cette cavité avec des mèches en partie iodoformées.

6 août. — Pansement. Lavage à l'eau oxygénée et tamponnement iodoformé.

8 août. — Suppression des mèches. Lavages à l'eau oxygénée. Le soir il y a encore de la fièvre.

22 août. — Amélioration. La plaie suppure beaucoup moins et tend déjà à se combler. Il y a encore de temps en temps des poussées de fièvre. La malade mange bien.

1^{er} septembre. — La plie suppure moins. L'appétit est bon. L'état général s'améliore.

8 septembre. — La plaie est en grande partie comblée et suppure peu. La température se rapproche de la normale. La malade se lève et a bon appétit.

18 septembre. — La malade reprend des forces. Elle se lève tous les jours. La cicatrisation est très avancée ; il n'y a presque plus de suppuration.

1^{er} octobre. — Etat général toujours meilleur. La malade est moins amaigrie. Elle mange bien. La plaie continue à bien se cicatriser.

28 novembre. — La plaie suppure peu, mais n'est pas encore guérie. Depuis quelques jours, nouvelles poussées de fièvre. L'opérée commence à tousser. *Signes nets de bacillose pulmonaire aux deux sommets.*

Suites éloignées.

20 janvier 1907. — La malade va quitter l'hôpital pour rentrer chez elle. La plaie est cicatrisée. Mais l'état général est mauvais. Elle est très amaigrie, ne mange plus, ne le lève plus et se cachectise.

Mars 1907. — La malade succombe chez elle, huit mois après l'opération.

En résumé, cette malade, atteinte de bacillose rénale droite caverneuse, présentait des signes d'induration des sommets des deux poumons ; elle subit la néphrectomie qui fut suivie d'une amélioration passagère, mais vers le 6^e mois après l'intervention, son état pulmonaire s'aggrava et entraîna sa mort vers le 8^e mois.

OBSERVATION IX

(BÖCKEL)

Jules C..., 35 ans, carrier, entre le 28 avril 1910 au service de M. le Professeur André, pour des symptômes douloureux qu'il présente dans la région lombaire gauche.

Antécédents héréditaires. — L'observation est muette sur ce point.

Antécédents personnels. — A l'âge de 20 ans, pneumonie qui paraît avoir été bénigne. Il y a trois ans, il a été soigné pendant un mois pour *une congestion pulmonaire*.

Maladie actuelle. — Il y a dix-huit mois, il a ressenti pour la première fois des douleurs dans la région lombaire gauche, douleurs violentes ressemblant à des coliques néphrétiques et se manifestant sous forme de crise durant quatre à cinq heures.

Ces douleurs se sont reproduites pendant les mois de janvier et avril 1909.

Au mois de mai 1909, le malade a vu apparaître un abcès au niveau de la fesse gauche, ayant tous les caractères d'un abcès froid. Au bout de trois semaines il a été incisé et a donné naissance à une fistule qui, actuellement, donne encore du pus.

De mai à août 1909, les douleurs lombaires ne se sont plus reproduites ; mais les urines sont devenues troubles, chargées. Puis les douleurs ont reparu en septembre, pour devenir de plus en plus fréquentes ; deux, trois et même quatre crises par semaines. Le malade a dû cesser tout travail en janvier dernier (1910). Depuis qu'il s'est présenté pour la première fois à l'hôpital (26 février 1910), il a eu deux crises douloureuses.

Le malade est examiné à la Consultation externe des voies urinaires où l'on pratique le cathétérisme urétéral successivement de chaque côté. Comme le résultat des analyses des urines séparées a montré qu'il s'agissait d'une tuberculose rénale unilatérale, qu'il y avait donc lieu d'opérer le malade, il est admis au Service le 28 avril 1910.

Etat actuel. — L'état général du malade ne présente pas d'altération notable. Cependant, il y a des symptômes nets d'induration bacillaire des deux sommets.

Vessie. — Le malade présente quelques symptômes de cystite assez peu marquée, légères douleurs à la fin des mictions, pollakiurie, urines un peu troubles, ne contenant pas de sang mais formant un dépôt pulvérulent jaunâtre. Certains jours, les urines sont plus limpides.

Reins. — La palpation de la région lombaire ne donne pas de renseignements appréciables. Les reins ne sont pas perceptibles ni douloureux à la pression.

Examen cystoscope. — La capacité vésicale est presque normale. Au cystoscope, la vessie apparaît congestionnée au

niveau du bas-fond et au voisinage du méat urétéral gauche qui est un peu œdématié. Pas de granulations bacillaires.

Le cathétérisme urétéral est pratiqué du côté gauche, le 3 mars ; à droite, le 13 mars 1910, et les urines sont analysées.

Analyse chimique Docteur HERBIER) :

	R.G.	R.D.
Urée (par litre).....	5 gr. 92	19 gr. 94
Chlorures	3 gr. 10	7 gr. 00
P2 O5	0 gr. 50	1 gr. 80
Albumine	<i>présente, non dosée</i>	
Glucose	0 gr. 00	0 gr. 00

Examen histologique (Professeur Hoche). — Urine du rein gauche : Quelques cellules épithéliales normales, isolées ou en placards ; globules blancs, lymphocytes et polynucléaires ; globules de pus.

Urine du rein droit : Pas de pus, quelques cellules épithéliales et globules rouges.

L'inoculation au cobaye (Docteur Thiry), de l'urine totale est suivie de la production d'un abcès local d'apparence tuberculeuse, où les bacilles de Koch ne sont pas mis en évidence au microscope. Il y a également des ganglions inguinaux et lombaires du même côté que l'abcès.

Conclusion. — Présence d'une lésion probablement tuberculeuse. L'épreuve du bleu de méthylène est favorable.

En résumé, le rein gauche paraît atteint dans son fonctionnement et donne du pus, alors que le rein paraît sain. On propose au malade la néphrectomie gauche, qui est acceptée.

20 juin 1910. — *Intervention.* — Néphrectomie lombaire gauche. Incision habituelle. Le rein est abordé rapidement et on le dénude complètement. On remarque à ce moment une saillie formée par une caverne sur sa face antérieure. A ce niveau, la substance rénale est amincie et la paroi est molle, fluctuante. On achève rapidement la dénudation du rein. On section l'uretère, qui a sa consistance et son volume normaux. Puis le pédicule du rein est pincé et coupé. Le rein est enlevé. Ligature du pédicule au gros catgut. Une artère anormale pénètre dans l'organe, au niveau de son pôle inférieur. On nettoie la plaie, enlevant le plus possible de graisse.

Drainage avec deux gros drains. Suture partielle des muscles au gros catgut et de la peau aux crins.

Examen de la pièce. — Le rein enlevé porte en son milieu, sur sa face antérieure, une caverne du volume d'une noix, pleine de pus grumeleux. Cette caverne ne semble pas communiquer avec le bassinset qui paraît normal, de même que l'uretère. C'est ce qui explique pourquoi les urines étaient la plupart du temps presque limpides, ne contenant presque pas de pus.

Suites poératoires. — 23 juin. — Suites normales du côté de la plaie. Mais le malade tousse et crache beaucoup et a de la température : 38° à 38°5. Du côté de la plaie, tout va bien. Sécrétion modérée. Les drains ont été enlevés les quatrième et sixième jours et remplacés par une mèche qu'on change tous les jours.

4 juillet. — Commence à se lever. La température est redevenue à peu près normale. Le malade ne tousse plus guère. La plaie est cicatrisée, sauf le trajet du drain qui ne suppure guère.

13 juillet. — Etat général assez satisfaisant. Toutefois, il persiste tous les soirs de la fièvre aux environs de 38°5. Il reste encore un trajet peu profond dans lequel on place tous les jours une mèche de gaze à l'ectogan.

1^{er} août. — Le trajet fistuleux n'a plus que deux centimètres de profondeur. On y met des crayons d'iodoforme. Le malade ne souffre nullement de la vessie.

Mais tous les soirs il a de la température : 38°5 à 39. Il tousse et expectore des crachats purulents. Sueurs nocturnes très pénibles.

Les signes stéthoscopiques révèlent des lésions bacillaires nettes de deux sommets. On entend à l'auscultation des râles sous-crépitants très sonores.

En somme, *le malade présente des lésions de tuberculose pulmonaire en voie de ramollissement.*

29 août. — La plaie est complètement cicatrisée (deux mois après l'intervention). La vessie ne fait plus du tout souffrir le malade, les mictions sont normales, les urines tout à fait claires, mais elle contiennent de l'albumine.

Les lésions pulmonaires semblent évoluer rapidement.
L'opéré passe dans le service de M. le Professeur Schmitt (Clinique médicale).

Nous le voyons de temps à autre et l'auscultons fréquemment.

Vers le milieu d'octobre, il apparaît des signes calvitaires plus marqués au sommet gauche. Le malade est très affaibli, amaigri ; fièvre à grandes oscillations.

1^{er} décembre. — L'état général décline très rapidement, aucun appétit ; fièvre, sueurs nocturnes. Expectoration très abondante. Signes cavitaires.

Le malade meurt de tuberculose pulmonaire, le 30 décembre 1910.

Autopsie (31 décembre 1910).
bère 1910, 6 mois après l'opération.

Appareil urinaire.

Le rein droit est légèrement hypertrophié. Ses dimensions sont les suivantes : hauteur, 14 centimètres et demi ; largeur, 7 centimètres et demi ; épaisseur, 4 centimètres ; poids, 245 grammes. Décortication facile. A la coupe : lésions légères de néphrite épithéliale, augmentation de la substance corticale. Pas de lésions tuberculeuses.

Uretère droit indemne.

Uretère gauche. — Gros, induré, lésions légères de périurétérite. A la coupe, on aperçoit des granulations tuberculeuses en grande quantité, étendues à tout le conduit, jusqu'à un centimètre au-dessus de la vessie.

Vessie. — Pas de lésions tuberculeuses de la muqueuse, qui est légèrement congestionnée. La paroi vésicale est un peu épaissie ; sa capacité, un peu réduite. Péricyste peu accusée.

Appareil respiratoire. — Cavernes tuberculeuses aux deux sommets.

Appareil digestif. — Dégénérescence graisseuse du foie.

Appareil génital. — Prostate et épидидymes indemnes. Les deux vésicules séminales présentent des lésions de tuberculose caséuse.

En résumé, il s'agit d'une tuberculose caverneuse du rein gauche; on note une induration bacillaire des deux sommets pulmonaires; un mois après la néphrectomie, on note des signes de ramollissement pulmonaire: 6 mois après la néphrectomie, le malade succombait à ses lésions pulmonaires. L'autopsie montra des cavernes tuberculeuses au sommet des deux poumons.

OBSERVATION X

(BÆCKEL)

Camille M..., 43 ans, cultivateur, entre au Service de M. André, le 12 juillet 1909, pour des symptômes vésicaux.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Erysipèle à l'âge de 12 ans, ictère à 20 ans.

Sa femme est bien portante, mais il a perdu deux enfants de méningite.

Maladie actuelle. — La maladie actuelle remonterait à novembre 1908.

Il urinait alors un plus souvent et trouvait que « ce n'était pas comme à l'ordinaire », mais n'y prêta guère attention. C'est à la fin de janvier qu'il consulta un médecin. Ce dernier porta le diagnostic de cystite et prescrivit de l'urotropine, du salol et du bicarbonate de soude.

Quinze jours après, le malade présentant un léger œdème malléolaire, on soumit son urine à l'analyse, qui décela la présence d'albumine, et on prescrivit d'abord le régime lacté puis un régime déchloruré.

Dans le courant de mars, le malade commença à ressentir des douleurs en urinant. Il suivit le régime indiqué pendant cinq mois.

Jusqu'à la fin de juin, il ne remarqua pas que ses urines étaient troubles. Une analyse faite le 20 avril dénota la présence de pus. Jamais le malade n'avait uriné de sang avant son entrée à l'hôpital.

Etat actuel. — Vessie. — Mictions douloureuses ; pollakiurie marquée. Capacité vésicale très diminuée.

Les reins ne sont pas douloureux ni spontanément ni à la pression ; ils ne sont pas nettement perceptibles.

Analyse chimique de l'urine des 24 heures (17 juillet), par M. le Docteur Herbier :

Quantité	2.000	cmc
Densité à 15	1.000	

Couleur n° 3 de l'échelle de Vogel.

Réaction : acide.

Dépôt assez considérable constitué par des globules de pus

Urée	11 gr. 88 (p. litre)	23 gr. 76 (p. 24 h.)
------------	----------------------	----------------------

Chlore des chlorures	1 gr. 65 (p. litre)	3 gr. 30 (p. 24 h.)
----------------------------	---------------------	---------------------

Acide phosphorique P2 O5 total	1 gr. 50 (p. litre)	2 gr. 10 (p. 24 h.)
--------------------------------------	---------------------	---------------------

Albumine	1 gr. 50 (p. litre)	3 gr. 00 (p. 24 h.)
----------------	---------------------	---------------------

Glucose	0 gr. 00 (p. litre)	0 gr. 00 (p. 24 h.)
---------------	---------------------	---------------------

Appareil génital. — Néant.

Etat général assez touché ; le malade a maigri, perdu ses forces. *Induration des deux sommets, pas de râles.*

Cystoscopie et cathétérisme urétéral. — La cystoscopie montre des lésions de cystite indubitablement bacillaire, lésions surtout accentuées dans la région urétérale gauche. Le cathétérisme urétéral est pratiqué des deux côtés et des échantillons d'urine sont envoyés aux laboratoires de chimie et d'anatomie pathologique.

Analyse chimique des urines séparées (Docteur Herbier) :

	R.D.	R.G.
Urée	12 gr. 93 (au lit.)	10 gr. 776 (p. lit.)
Chlorures	1 gr. 50 (au lit.)	0 gr. 60 (p. lit.)
Phosphates	0 gr. 60 (au lit.)	0 gr. 50 (p. lit.)
Albumine	0 gr. 50 (au lit.)	1 gr. 00 (p. lit.)
Dépôt	0 gr. 00 (au lit.)	nomb. glob. de pus.

Examen histologique (M. le Professeur Hoche). — L'urine du rein droit ne contient que des cellules épithéliales desquamées, pas de globules de pus ; urine du rein gauche ; cylindres granuleux ; cylindres leucocytiques ; nombreux globules de pus et microbes.

On n'a pas pratiqué l'inoculation au cobaye. Le rein gauche ayant un fonctionnement moindre et donnant du pus, cystoscopie ayant révélé des lésions bacillaires, on conclut à une tuberculose rénale gauche, et on propose au malade une opération qui est acceptée.

4 août 1909. — *Intervention.* — Néphrectomie lombaire extra-capsulaire gauche. Incision habituelle. On arrive rapidement sur le rein qui, extérieurement paraît sain et est facilement décortiqué et amené dans la plaie. Avant de l'enlever, on le fend en deux valves sur son bord convexe après compression du pédicule. On constate alors dans son pôle inférieur une caverne assez grosse. Aussitôt, on pince et on sectionne le pédicule. L'uretère est cautérisé au thermocautère ; le pédicule est lié au gros catgut, enchaîné. Après avoir fait les quelques ligatures nécessaires, on installe deux drains et deux mèches, et on referme partiellement la paroi, au catgut, pour les muscles, et aux crins, pour la peau.

Suites opératoires normales.

On change tous les jours le pansement qui, les premiers jours, était imbibé de sérosité sanguinolente.

Après 48 heures, on enlève les mèches ; après quatre jours, suppression d'un des drains. Apyrexie au bout de quatre jours.

Le huitième jour, enlèvement des sutures ; réunion par première intention ; lavage à l'eau oxygénée.

Rapidement après l'opération, l'état général s'est relevé, l'appétit est revenu. Les urines, tout en faisant encore du dépôt, commencent à s'éclaircir. Quantité variant entre 1.500 et 2.000 cmc.

Le quinzième jour, le malade commence à se lever.

30 août. — Bon état général ; le trajet du drain persiste encore.

2 septembre. — Pansement à plat.

5 septembre. — M... repart chez lui, presque guéri, avec une légère fistulette. Bon état général ; la cystite n'est pas encore guérie.

14 septembre. — Le malade donne de ses nouvelles : il continue à soigner sa cystite au moyen d'instillations intravésicales d'huile gaïacolée-iodoformée.

2 octobre. — Revu. Bon état général ; petite fistule étroite, mais période encore de quatre centimètres. La vessie va mieux.

Janvier 1910. — Revu. Très bon état général. M... a visiblement engraisé. La plaie est complètement cicatrisée depuis le 2 ou 3 janvier.

L'état de la vessie s'est améliorée depuis l'opération ; les urines sont assez claires, mais la pollakiurie persiste ; la douleur à la miction a disparu. Le malade continue à faire ses injections d'huile.

Suites éloignées.

A partir de cette époque, le malade a été perdu de vue. Nous lui avons écrit en mars 1911, pour lui demander de venir à Nancy, mais sa femme nous a répondu qu'il était mort le 1^{er} août 1910, soit un an après l'opération. Elle nous dit qu'après avoir été bien portant jusqu'au mois de mai, il a commencé à tousser et à cracher du sang. L'état général aurait décliné alors très rapidement, puisque le malade s'éteignait deux mois et demi après. Les urines seraient restées assez claires jusqu'à la fin.

En résumé, ce malade présentait une tuberculose caverneuse du rein gauche ; l'auscultation révéla une induration des deux sommets ; après la néphrectomie, on remarqua une amélioration générale passagère, mais au bout d'un an il succomba à ses lésions pulmonaires.

OBSERVATION XI

(Professeur ROCHET)

M. B... Nicolas, 36 ans, mécanicien.

Le malade entre à l'hôpital le 3 novembre 1913, parce qu'il souffre d'un testicule et qu'il a des envies fréquentes d'uriner.

Antécédents héréditaires : Père mort d'affection pulmonaire. Mère morte albuminurique.

Antécédents collatéraux. — Frères et sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Nie toute spécificité. A eu une blennorrhagie il y a sept ans. Pas d'autres maladies antérieures importantes.

L'affection actuelle a débuté, il y a huit jours, par des douleurs dans un testicule et le malade s'aperçut qu'il grossissait. Il y a trois ans, il eut des envies fréquentes d'uriner ; les urines étaient troubles et les mictions douloureuses. On lui fit des lavages au permanganate. Les mêmes symptômes reviennent depuis quatre mois ; il urine huit fois dans le jour et autant dans la nuit.

A l'examen. — A gauche, le testicule, coiffé de l'épididyme, est augmenté de volume et dur, surtout au niveau de la queue de l'épididyme. Léger rétrécissement urétral. Vessie petite, de capacité très minime. Urine purulente et hémorragique. On fait des lavages à l'eau bouillie tous les jours.

Le toucher rectal réveille une légère douleur au niveau de la vésicule séminale gauche.

En outre, on constate la présence de longs caillots sanguins moulés sur l'uretère.

A la palpation de l'abdomen, on perçoit le pôle du rein gauche probablement hypertrophié.

12 novembre. — Cystoscopie, sous anesthésie générale. L'appareil pour cathétériser les uretères n'a pu être utilisé vu la capacité vésicale réduite à 20 cc. et l'hémorragie persistante. Le séparateur de Luys donne deux tubes d'urine que l'on inocule à deux cobayes ; l'un de ces tubes, correspondant au rein gauche, contient un tiers de plus d'urine que le

droit ; cette urine est à la fois plus hémorragique et plus purulente.

3 décembre. — L'état général du malade reste excellent. La capacité vésicale augmente sensiblement. Les phénomènes de cystite ont en grande partie cédé au traitement par les lavages quotidiens à l'eau bouillie faiblement teintée de permanganate. La tuméfaction épидидymaire est presque totalement disparue, de même que l'infiltration du cordon. Les urines restent purulentes ; toutefois, beaucoup moins hémorragiques et de dépôt moindre : aussi y a-t-il quelques alternatives de périodes purulentes et hémorragiques et de mieux sensible. Lavages tous les deux jours depuis aujourd'hui.

4 décembre 1913. — L'épididyme gauche est considérablement augmenté de volume. On sent le cordon à la palpation.

26 décembre. — A la suite d'instillations vésicales de nitrate d'argent à 5 pour cent, on constate une amélioration.

27 mars 1914. — Le malade rentre dans le service pour des douleurs rénales accompagnées d'émission d'urine fétide et purulente, avec amaigrissement marqué.

Le malade, peu après sa sortie du service, *contracta une bronchite qui le retint au lit environ un mois et demi et l'affaiblit beaucoup. Il maigrit de cinq kilos.*

Induration du sommet droit (Docteur Bref).

C'est alors, il a quinze jours, que le malade ressentit subitement, une après-midi, une violente douleur au niveau du rein gauche, se propageant le long de l'uretère gauche, jusque dans le testicule gauche. Ce dernier se mit à grossir. La peau devint le siège d'une inflammation marquée, et il y a dix jours, au milieu de la nuit, se forma une fistule à ce niveau, qui laissait écouler un pus blanchâtre et très épais. Depuis, cette fistule s'est fermée et, actuellement, il n'y a plus de suppuration à ce niveau. En même temps que les douleurs apparaissaient des urines très fortement purulentes et extrêmement fétides.

4 avril 1914. — *Néphrectomie.* — On incise depuis l'angle costo-vertébral gauche jusque à la région iliaque ; et, après avoir traversé les plans musculaires, on arrive immédiatement sur une tumeur mobile avec les mouvements respiratoires. C'est le rein, entouré de sa capsule adipeuse hypertrophiée et

qui est le siège d'une périnéphrite scléro-lipomateuse intense. On l'incise sur toute sa hauteur en évitant les vaisseaux. Le rein est saillant, bosselé dans toutes ses parties. C'est l'aspect classique du rein pyonéphrotique. Etant donné son volume, il est impossible de l'énucléer, aussi on l'incise. Et il s'écoule environ 800 à 900 gr. de pus franc, bien lié, et qui a plutôt les caractères de pus d'abcès chaud. Réduit à sa coque et aux nombreuses loges ainsi vidées, on l'extirpe après avoir placé sur le pédicule ou plus exactement sur la partie inférieure du bassin, une pince à demeure. Drainage : 2 drains sous le rebord costal, 2 drains dans la fosse iliaque. Suture à deux plans. Pansements.

6 avril 1914. — Excellent état général du malade. Pas de température. Pouls bien frappé à 90. On enlève la pince à demeure, on déterge la plaie et l'on panse à plat.

8 avril. — Urée, par litre d'urine : 14,10.

Na Cl par litre d'urine : 2,90.

9 avril 1914. — Bon état général. On constate un léger décollement à la partie inférieure de l'incision, on fait sauter deux fils et on panse à plat. Suppuration abondante par des drains.

20 avril 1914. — La suppuration, qui tend d'ailleurs à diminuer, est localisée aux plans superficiels. On enlève le dernier drain et on le panse à plat. Etat général satisfaisant.

24 avril 1914. — Urée, par litre d'urine, 8,32 ; urine de 24 heures : 1600 cc.

Na Cl, par litre d'urine, 4,58.

18 juillet 1914. — Le malade revient à l'hôpital avec *des lésions pulmonaires avancées*. Il meurt guère plus de trois mois après la néphrectomie, succombant à une poussée rapide, suraiguë de tuberculose pulmonaire.

En résumé, il s'agit d'un malade atteint de bacillose rénale (gauche) et génitale; l'auscultation révèle des signes d'induration du sommet droit; trois mois après la néphrectomie le malade succombait à une poussée suraiguë de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XII

(Professeur ROCHET)

B... Josué, 42¹ ans, tourneur.

Le malade entre à la Clinique d'Urologie, parce qu'il a de l'incontinence d'urine.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'affection inconnue. Mère bien portante. Un frère et deux sœurs bien portantes. Une sœur morte d'affection indéterminée.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade, a fait son service militaire. Nie toute maladie vénérienne. Il y a quatre ans, il subit une castration latérale gauche, pratiquée par M. Patel, dans le service du Professeur Poncet. Il y a un an, il eut une hydrocèle droite que l'on ponctionne. Il reporte à cette date la pollakiurie et l'incontinence. Urine aussi souvent la nuit que le jour, toutes les dix minutes, dit-il. Hématuries terminales, qui se prolongèrent pendant cinq mois. Dysurie. Sujet amaigri, mais n'ayant pas perdu l'appétit.

A l'entrée : urine très trouble et laissant un dépôt assez abondant. On ne sent pas le rein gauche. Le rein droit forme une masse volumineuse remplissant le flanc droit.

Organes génitaux : On trouve un épидидyme très gros et très induré. Le canal déférent est gros, mais non en chapelet.

Aux poumons : Rentissement de la voix et de la toux au sommet droit.

Le 26 mai 1914, on cherche à sonder le malade, mais on y réussit très difficilement ; les sondes ne passent pas, car il a un fort rétrécissement au niveau du méat hypospade. On passe seulement une sonde métallique n° 14 à frottement très dur. Il sort du pus. La vessie est très petite, elle contient à peine 15 gr. de liquide.

29 mai. — *Intervention.* — On a fait une incision lombaire et on trouve une capsule épaisse très adhérente (3 cm. d'épaisseur). En la comprimant avec une pince hémostatique, on fait sourdre un liquide purulent. On incise la capsule propre et on fait une néphrectomie droite sous-capsulaire. On met une grosse pince sur le pédicule, pince qu'on laisse à demeure. On incise le pédicule et comme du pus s'écoule, on lave au sublimé. Thermocautérisation du pédicule. Drainage avec

mèche de 2 gros drains. Suture des muscles et suture de la peau.

L'examen de la pièce montre une tuberculose avec infection surajoutée. Le rein est constitué par des poches énormes, dont les cloisons sont farcies de foyers tuberculeux.

Le soir de l'opération, la température vespérale est de 38°2.

Le lendemain, il atteint 38°6 et le pouls est à 122. Le lendemain de l'opération, le 30 mai, on recueille 450 centimètres cubes d'urine ; le 31 mai, 350 centimètres cubes ; le 1^{er} juin, 300 centimètres cubes.

L'état général du malade est médiocre ; signes de tuberculose pulmonaire bilatérale.

Le 22 juin, le malade meurt, succombant à ses complications pulmonaires.

Le 3 juin 1914. — *Autopsie*. — Au thorax : Léger épanchement sera-purulent enkysté dans les amas fibrineux en arrière du lobe inférieur du poumon gauche. Le poumon gauche présente une infiltration du sommet, de l'emphysème du lobe inférieur.

Ce poumon a trois lobes et le lobe moyen est le siège d'une hépatisation très marquée, dans laquelle on trouve quelques amas nodulaires. Les scissures contiennent des dépôts fibreux. Un peu de congestion et d'œdème.

Au poumon droit. — Poumon décoloré avec foyers de ramollissement au sommet.

Le foie est gros, la rate est grosse. A l'ouverture de l'adomén, on trouve une vaste abcès périvésical. Le péritoine pelvien et le péritoine de la fosse iliaque droite présente une inflammation plastique au voisinage de la périnéphrite. Il est mou ; l'uretère est souple, mais très dilaté en amont d'un rétrécissement pelvien.

En résumé, ce malade était atteint de bacillose rénale (droite) et génitale; on avait noté du retentissement de la voix et de la toux au sommet droit; trois semaines après la néphrectomie le malade a une tuberculose pulmonaire bilatérale, que l'autopsie permit de vérifier.

OBSERVATION XIII

(Professeur GAYET).

R... Victor, 33 ans, cultivateur, à Beausemblant (Drôme).

Le malade entre dans le service de M. le Professeur Gayet le 5 septembre 1922, pour une pyurie et cystite anciennes et un grand affaiblissement, qui ne lui permet plus de vaquer à ses occupations.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 64 ans. Mère bien portante.

Antécédents collatéraux. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Bonne santé jusqu'à l'affection actuelle.

Pas de bronchite dans l'enfance.

Jamais d'adénopathie. Le malade était en parfaite santé et vauqua aux travaux de la culture jusqu'à son service militaire. Il fit la guerre comme artilleur, ne fut jamais évacué pour maladie. Nombreuses blessures, peu graves. Une a entraîné la perte fonctionnelle de l'œil gauche.

Hernie inguinale, opérée pendant la guerre.

Abcès périnéal d'origine prostatique.

Ni blennorragie, ni spécificité. Pas marié.

L'affection actuelle a débuté, il y a un an environ.

Le malade, dont la santé fut ébranlée assez sérieusement par la guerre, présenta une diarrhée assez considérable pendant quelques jours. Puis la cystite apparut : pollakiurie surtout nocturne, parfois 5 à 6 fois, parfois davantage.

Les mictions étaient douloureuses. A cette époque, pas encore de pyurie. Le malade continue à travailler : peu à peu, et par périodes, les signes précédents s'accroissent ; les urines devinrent troubles, par moments, puis d'une façon continue.

Jamais d'hématurie nette.

L'état général fut vite atteint. Amaigrissement de 15 kilos dans l'année ; anorexie. Douleurs lombaires. Le travail devient très pénible et, depuis quelque temps, est absolument impossible. Le malade, sur les conseils de son médecin, vient à Lyon et entre à l'hôpital.

Examen à l'entrée : 7 septembre 1922 :

— Etude de la miction : Pollakiurie très accusée : le malade est obligé, la nuit, d'uriner à peu près régulièrement toutes les heures. Douleurs pendant toute la durée de la miction, mais plus marquée au début et à la fin.

Les urines : uniformément troubles à l'émission ; quantité : 1.200 cc. environ dans les 24 heures, urines jaune ocre, très troubles, avec abondant dépôt blanc verdâtre au fond du bocal.

Examen bactériologique : On ne trouve pas de bacilles de Koch ; polynucléaires dégénérés.

Exploration non instrumentale : Rien à signaler au niveau de l'urètre et de la vessie.

A la palpation : on ne sent pas le rein gauche.

A droite, la palpation est douloureuse ; point douloureux de Bazy au niveau du bassin et surtout au niveau de la crête iliaque (point de Pasteau), et du bord inférieur des fausses côtes. On sent le rein droit augmenté de volume et douloureux.

Rien à signaler quant au contenu scrotal. Cicatrice de la fistule périnéale à droite et en avant de l'anus.

Toucher rectal : douloureux. Masse dure, diffuse, probablement prostatique et vésiculaire, sans toutefois qu'on puisse la délimiter exactement.

Examen général : Amaigrissement très marqué, cachexie avancée. Température subfébrile.

Rien aux poumons. Rien au cœur.

Exploration instrumentale de la vessie : le 6 septembre on réussit à introduire à peu près les trois quarts de la seringue : capacité très faible : environ 90 cc.

Le 20 septembre 1922. — Anesthésie rachidienne.

Lavage difficile, car la vessie saigne (on utilise antipyrine, adénaline). La vessie admet une capacité de près de 200 cc. L'éclairage est suffisant. On voit alors du côté droit un orifice qui ressemble bien à celui de l'urètre un peu érodé, mais qui se refuse à admettre aucune sonde. A gauche, des végétations formant une sorte d'auvent où on essaie de pénétrer,

mais sans succès. Le bas-fond est soulevé par la prostate et présente des ulcérations. En somme, impossibilité de cathétérisme.

Le 25 septembre. — $K = 0,12$. Urée 0,35 (M. Rizard).

Le 27 septembre 1922. — *Intervention*. — Sous anesthésie générale à l'éther. Double lombotomie. On se porte d'abord sur le rein présumé sain, qui est gauche : reconnu sain à l'aspect extérieur. Pas d'adhérences, se décortique facilement.

Uretère exploré au doigt : souple.

Rein droit, abaissé et douloureux, est reconnu malade ; altéré à sa partie inférieure, où se trouve une poche de pus laissant voir son contenu par transparence. L'uretère se montre dur et rigide. Le rein semble avoir été abaissé par la rétraction de l'uretère qui est extrêmement tendu et présente certaines difficultés pour la ligature.

Il en résulte qu'au cours de la pédiculisation, la ligature du bout proximal de l'uretère tombe et quelques gouttes d'urines purulentes s'écoulent sur la tranche musculaire. Ligature du pédicule. Cautérisation à l'iode de la plaie souillée. Fermeture. Drains et mèches comme à l'ordinaire.

Le 29 septembre. — La température fait un clocher à 38° .

Au deuxième jour : urines : 700 cc.

Depuis l'intervention, le malade fait de la température à clochers vespéraux à $38-38^{\circ}5$ que n'expliquent ni l'état de la plaie, ni des signes pulmonaires. Le malade se plaint de douleurs et de gêne fonctionnelle dans le bras gauche. Il se présente à l'examen avec l'attitude caractéristique des blessés du coude. Les mouvements sont douloureux ; amaigrissement du membre supérieur gauche ; tuméfaction du coude qui présente des fongosités surtout perceptibles au niveau des culs-de-sac olécrâniens.

1^{er} novembre. — Appareil plâtré.

24 novembre. — On refait le plâtre.

29 novembre. . . Au sommet gauche : En arrière : inaptitude de la fosse sus-épineuse ; augmentation des vibrations. Respiration granuleuse. Diminution du murmure. Pas de signes surajoutés.

Au sommet droit : En arrière : Submatité de la fosse sus-épineuse, légère diminution du murmure, qui est un peu rude. Pas de signes surajoutés.

Emphysème des deux bases. Rien en avant.

Décédé le 9 décembre 1922, de granulie pulmonaire.

Le 11 décembre. — *Autopsie* :

Foie : 1.800 grammes.

Cœur : 400 grammes.

Rate normale.

Granulations sur le péricarde ; gros épanchement. Granulations sur la rate. Adhérences complète des viscères au péritoine, qui n'existe plus et qui est complètement transformé en masses caséuses.

Poumons :

Sommet gauche : Cavernes énormes.

Sommet droit : Caséux.

Nombreux ganglions pré-trachéo-bronchiques.

Nombreux ganglions lambo-aortiques.

— *Péricystite* et adhérence de tous les organes du petit bassin. Caséification des vésicules.

Le rein est marbré sur la surface externe de grosses plaques d'un blanc jaunâtre. Certaines ressemblent même à des granulations. Mais à la coupe, on s'aperçoit qu'au lieu d'être un nodule bien égalier, cela se prolonge en nappes infiltrantes et correspond évidemment à des zones de néphrite. Vesise à colonnes avec cellules et un vrai diverticule.

En résumé, il s'agit d'un malade atteint de tuberculose rénale droite; tuberculose probable de la prostate; il est reconnu indemne de toute lésion pulmonaire; — quelques jours après la néphrectomie, des signes de tuberculose pulmonaire apparaissent : le malade succombe rapidement à une granulie pulmonaire vérifiée à l'autopsie.

OBSERVATION XIV

(Professeur GAYET)

Mme X..., 53 ans.

Antécédents généraux. — Jamais de grossesse. Pas d'affection pulmonaire, pas de fièvres. Otite suppurée en 1905, bien guérie. Sciatique gauche à la même époque.

Antécédents collatéraux : Sœur opérée pour tuberculose rénale.

Collatéraux tuberculeux. Début de la maladie, Il y a un an, un peu de brûlures à la miction. En octobre 1911, douleur très vive pendant quatre jours dans la vulve ; elle voit alors le Docteur Revillod, qui ne l'a pas examinée ; récurrence en décembre, pendant deux jours : c'était au moment des règles qui, pour la première crise, ont fait défaut. Actuellement, depuis janvier, irritation permanente de la région vulvaire, surtout si elle marche. On a trouvé de l'albumine depuis un an. Quelquefois, la douleur remonte un peu vers le rein droit.

Etat actuel. — Miction : La nuit une ou deux depuis deux jours ; toutes les deux ou trois heures depuis un an.

Pas de douleur en urinant, mais quelquefois avant ou plutôt après.

Urine : Troubles, purulentes, sans odeur, présence d'albumine, analyse microscopique : nombreux globules de pus, rares hématies.

Vessie : Capacité de 250 cc.

Rein droit : On sent un peu le pôle inférieur.

1^{er} mars. — Cathétérisme urétéral : Les deux orifices urétéraux sont normaux.

Cathétérisme uretère gauche : Première prise : présence importante d'albumine.

Culot : Beaucoup de sang, nombreux globules de pus.

Deuxième prise : Pas de sang. Albumine en quantité égale.

Au microscope, beaucoup de pus, présence de sang. Rein manifestement malade.

Cathétérisme uretère droit : Orifice urétéral un peu plus béant que l'autre, Première prise : albumine considérable.

Culot : Nombreux globules rouges. A première vue, peu ou pas de globules blancs. Après la première prise la sécrétion s'arrête. On attend 40 minutes : pas d'urine. L'examen est à refaire, ce rein étant peut-être sain.

Etat général. — A maigri un peu.

8 mars 1912. — Cathétérisme urétéral droit : Orifice normal, un peu de rougeur de tout le trigone.

Culot : Cellules épithéliales en assez grand nombre. Globules rouges assez nombreux expliquant l'albumine.

21 avril. — L'état vésical est le même.

15 mai 1912. — Cet été, à la campagne, la malade a été mieux, mais depuis trois semaines environ a eu trois ou quatre accès de fièvre avec frissons, atteignant 40° et douleurs dans la fosse iliaque gauche.

Etat général a un peu fléchi depuis ces accès. L'urine n'est plus trouble.

Rein gauche un peu gros. Rein droit non perçu. Elle indique comme point douloureux la paroi gauche de la vessie ; par le toucher, on ne sent rien d'anormal. Uretere non perçu.

D'autre part, un cobaye à qui on a inoculé les urines totales, présente le 16 mars 1912 deux ganglions assez volumineux.

A l'autopsie. — Bacilles de Koch dans le pus ganglionnaire, rien encore aux organes.

Les cobayes inoculés le 8 mars 1912, avec les troisième, quatrième et cinquième prises du rein droit, ont été sacrifiés bien portants à ce jour.

A l'autopsie, aucune lésion suspecte n'a pu être relevée.

Le Docteur Rafin étant malade, Mme X... vient auprès de M. le Professeur Gayet.

On constate, fin décembre 1912, une cystite intense, de la pollakiurie ; les urines sont très troubles et sanglantes.

Le sommet gauche est induré.

Malgré son mauvais état général, j'accepte de l'opérer si l'Ambard est satisfaisant.

Ambard : 0,06.

3 janvier 1913. — A la clinique Saint-Charles, on pratique une néphrectomie : l'opération est très simple, le rein est plutôt petit.

Dès le début, on constate des suites fébriles. Le deuxième jour, je fais sauter quelques fils. La plaie se cicatrise très lentement, mais régulièrement.

La malade quitte la maison de santé au bout de six semaines, mais non encore cicatrisée. Les urines restent purulentes, la cystite reprend. Anorexie, cachexie progressive. Alors s'installe une période de fièvre souvent inverse ; à l'auscultation, on note des signes évidents de tuberculose pulmonaire, la malade meurt fin mars 1913.

En résumé, cette malade était atteinte de tuberculose rénale gauche; l'auscultation révéla une induration du sommet gauche; moins de 3 mois après la néphrectomie, elle succombait à ses lésions de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XV

(Thèse PAGÈS)

R..., 26 ans, est vu pour la première fois, le 10 juin 1907.

Antécédents généraux. — Père mort diabétique, à 64 ans, d'un phlegmon périnéphrétique. Personnellement, en 1903, a eu un début de *tuberculose pulmonaire au sommet gauche* ; pour laquelle il a fait un séjour à Leysin, et qui est améliorée. Marié depuis un an, pas d'enfants.

Antécédents spéciaux. — N'a jamais uriné de sables ou de graviers. Blennorragie en 1900, avec orchite double, ayant duré un mois, bien guérie.

Début de l'affection actuelle. — En août 1906, le malade eût une crise de coliques néphrétiques gauche avec irradiation vésicale, mais sans irradiation testiculaire au glandaire. Ces crises se sont répétées depuis lors tous les deux mois, mais avec bien moins d'intensité.

Etat actuel. — Mictions ; Normales, pas de douleurs.

Urine. — Assez trouble, laiteuse, renfermant de nombreux lencocytes et quelques rares hématies. Disque d'albumine très net, pas de sucre. A l'examen direct (après centrifugation) : bacilles de Koch très nets. Innoculation positive.

Vesie. — Capacité : plus de 200 gr.

Prostate. — Lobe droit normal ; lobe gauche donne une légère sensation de bosselures et d'empâtement.

Reins. — Non perçus et non douloureux.

Testicules et Epididymes. — A gauche, la queue de l'épididyme est augmentée de volume, mais sans induration, ni bosselures ; cette lésion, qui date de l'orchite sus-mentoinnée, va plutôt en diminuant. A droite, la queue de l'épididyme porte une bosselure arrondie, indurée, du volume d'une petite noisette, cette lésion n'a pas changé depuis la phase aiguë de l'infection gonococcienne.

Etat général. — Excellent, bon appétit. Poids : 75 kil. 65.

Poumons. — *Submatité et craquement au sommet gauche.*

Le Professeur Paviot, médecin du malade, estime que cette lésion n'évolue pas et ne contre-indique pas une intervention.

Cystoscopie et cathétérisme urétéral. — (Côté supposé sain). Le cathétérisme urétéral droit a fourni par éjaculations de l'urine jaune ambrée, sans albumine, dont le culot ne renferme ni lencocytes, ni hématies ; inoculation avec prise après 30 grammes d'écoulement : positive.

Analyse chimique des urines (Mérieux).

	Urine totale	Urine droite
Urée	15 gr. 59 par litre	18 gr. 34 p. litre
Chlorures	1 gr. 78 par litre	13 gr. 46 par litre
Phosphates	0 gr. 91 par litre	0 gr. 80 par litre

7 août 1907. — *Intervention.* — Néphrectomie lombaire extracapsulaire gauche. Le rein enlevé est légèrement augmenté de volume, bosselé surtout sur la face antérieure. Un jet d'urine purulente est sorti au moment de la section du pédicule, comme s'il existait de la rétention. L'atmosphère adipeuse est normale, sauf une adhérence avec le pôle supérieur du rein. La face antérieure présente à la partie moyenne un semis de granulations. A la coupe, le bassinnet est dilaté, avec état velvétique de la muqueuse, qui est certainement envahie. Au pôle supérieur, il existe une grosse caverne,

pleine de caséum, et une autre plus petite au-dessous. En somme, il s'agit d'une forme pyonéphrotique, avec une notable partie du parenchyme rénal conservée.

27 août. — Suites simples. Bon appétit. A perdu quatre à cinq kilos. Urine, encore louche. Un peu de température le soir (38° à 38°5).

23 octobre. — En septembre, a eu de la fièvre, jugée par l'état de la plaie qui, à l'heure actuelle est en bonne voie de cicatrisation. Etat général excellent. Poids : 75 kilos. Urine limpide. Miction : le jour, trois ; la nuit, une.

14 janvier 1908. — Urine limpide, sans albumine, ne donnant après centrifugation ni lencocytes, ni hématies. Toutefois l'inoculation est positive.

23 mars 1908. — Poids : 81 kilos. Etat général parfait. Mictions : la nuit, zéro ; le jour, trois ou quatre. Il persiste une plaie qui ne gêne nullement le malade. Urine un peu louche renfermant quelques lencocytes.

14 juillet 1908. — La plaie est cicatrisée.

19 octobre 1908. — Etat général parfait. Poids : 87 kilos (habillé). Urine limpide, avec de rarissimes globules blancs. Inoculation négative. Miction normale, non douloureuse. *Râles humides au sommet droit.*

En résumé, il s'agit d'une tuberculose rénale gauche (pyonéphrose); on note une lésion du sommet du poumon gauche; le malade meurt 16 mois après la néphrectomie d'une poussée pulmonaire tuberculeuse aiguë.

OBSERVATION XVI

(Thèse PAGÈS)

Mme B..., vingt-sept ans, envoyée par le Docteur Agnel, de Bagnols (Gard).

Il y a un an, a uriné un peu de sang ; à peu près pas d'autres symptômes urinaires, sauf urines troubles. Quelques douleurs dans la région lombaire droite.

En avril 1904 : Troubles gastro-intestinaux absolument prédominants.

Actuellement, 12 octobre 1904, mictions : Normales le jour, deux à trois la nuit, non douloureuses.

Urines : Très purulente ; staphylocoques et bacilles de Koch ; inoculation positive.

Vessie. — Cytoscopie : A droite, ulcération au niveau de l'orifice urétéral ; à gauche, muqueuse normale.

Reins. — On sent le pôle inférieur du rein gauche. Le rein droit est très gros.

Cathétérisme urétéral :

A droite : Urine purulente. Staphylocoques. Bacilles de Koch. Inoculation positive.

A gauche. — Urine ambrée normale, sans globules de pus, sans albumine. Cultures stériles. Pas de bacilles de Koch. Inoculation négative.

Etat général mauvais. *Poumons suspects.*

15 octobre 1904. — *Néphrectomie* lombaire sous-capsulaire droite.

Examen de la pièce. — Poids, 395 grammes. Volumineuses masses caséeuses occupant toute l'étendue du rein.

Suites. — D'abord, elles semblent favorables ; urine limpide. Sans albumine.

Puis, la malade se lève, recommence à manger, mais alors surviennent des troubles intestinaux : ventre ballonné, puis

œdème des jambes, L'urine ne contient que des traces d'albumine. Bronchite évidemment tuberculeuse.

Elle demande à partir et *meurt chez elle, le 7 novembre*, ne pouvant s'alimenter, mais sans complication du côté de la plaie.

En résumé, cette malade était atteinte d'une tuberculose rénale droite, à forme ulcéro-caséeuse; ses poumons sont suspects de bacillose; elle succomba 3 semaines après la néphrectomie, à des complications tuberculeuses pulmonaires.

CONCLUSIONS

I. — Les poussées de tuberculose pulmonaire, rapides ou tardives, après la néphrectomie d'un rein tuberculeux, représentent une cause importante de mort.

Les malades qui présentent cette complication peuvent être divisés en 3 groupes principaux :

a) Ceux chez lesquels on n'a **jamais constaté cliniquement** de lésions de tuberculose pulmonaire ;

b) Ceux où l'on a constaté autrefois des lésions, mais qui semblent guéris au moment de l'opération ;

c) Ceux qui sont porteurs de lésions pulmonaires encore en activité au moment de l'opération.

II. — La fréquence des complications pulmonaires est très différente suivant les catégories de malades observés.

Chez les sujets non touchés autrefois dans leurs poumons, et sains au moment de l'opération, des accidents peuvent cependant frapper le poumon plus ou moins tôt après l'intervention ; mais ces faits sont **peu fréquents**.

Chez ceux qui, sans avoir de lésions sur le poumon lui-même, sont cependant imprégnés déjà de tuberculose s'étant manifestée par exemple sur d'autres organes que le poumon, comme les os, articulations, glandes génitales, etc... l'apparition de complications pulmonaires devient plus fréquente que dans la catégorie précédente. Chez les malades qui avaient eu des lésions pulmonaires antérieures, mais semblant bien éteintes au moment de l'opération, il nous a paru que celles-ci ne prédisposent pas fatalement au développement d'une tuberculose pulmonaire ultérieure; au contraire, nombreux sont les cas où la néphrectomie ne réveille pas l'ancienne tuberculose.

Enfin chez les sujets qui ont déjà des lésions pulmonaires, nous ne disons pas graves, car sans cela il ne faudrait pas les opérer, mais seulement suspectes, les accidents pulmonaires tuberculeux sont très à redouter après l'intervention.

III. — La tuberculose pulmonaire qui apparaît après la néphrectomie peut revêtir des formes très différentes, mais on observe souvent 2 formes principales: a) la forme aiguë d'une granulie; b) la forme subaiguë d'une tuberculose ordinaire. Il nous a paru que la première était plus fréquente chez les sujets à poumons antérieurement sains, et que la seconde apparaissait plus volontiers chez les sujets ayant des lésions pulmonaires en évolution.

IV. — Les conclusions pratiques qui semblent découler de cette étude sont les suivantes :

1° Chez les sujets en apparence indemnes, autrefois et au moment de l'opération, de tuberculose pulmonaire, *il faut néanmoins faire un examen approfondi du sujet, avant l'intervention, pour déceler une tuberculose latente sur le poumon ou ailleurs ;*

2° Chez les sujets porteurs de lésions anciennes éteintes, il n'y a pas lieu de trop s'inquiéter pour le pronostic post-opératoire, mais il faut encore plus que dans la catégorie précédente, soigner les examens anté-opératoires ;

De même, dans les cas où le malade aura eu des manifestations tuberculeuses autre part que dans le poumon ; là, le pronostic post-opératoire devient assez réservé ;

3° Chez les malades porteurs de lésions pulmonaires en évolution, il faudra souvent s'abstenir ou, si on a la main forcée (intensité des douleurs de cystite, gros rein suppuré et menaçant de s'ouvrir, etc...), il faudra être extrêmement prudent et bien faire ses réserves, en se souvenant qu'à côté de quelques malades ayant bénéficié de l'intervention, même dans ces mauvaises conditions, la plupart sont au contraire aggravés par l'acte opératoire et peuvent être emportés plus ou moins rapidement dans la suite.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu :

ROCHET.

LE DOYEN,
Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 29 Novembre 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Tuberculose rénale ; diagnostic et indications thérapeutiques. *Presse médicale*, 1905, p. 637-639.
- Indications de la néphrectomie dans la tuberculose rénale. *Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires*, mai 1908.
- Discussion des rapports sur la tuberculose rénale. *Premier Congrès international d'urologie*. Paris, 1908.
- ANDRÉ. — Deux cas de néphrectomie pour tuberculose rénale. *Société médicale de Nancy. Revue médicale de l'Est*, 1906.
- Reins tuberculeux extirpés par néphrectomie lombaire. *Revue médicale de l'Est*, 1907.
- Série de néphrectomies pour tuberculose rénale. *Revue médicale de l'Est*, 1909.
- Douze nouvelles néphrectomies pour tuberculose rénale. *Revue médicale de l'Est*, 1909.
- Nouvelle série de quatorze néphrectomies pour tuberculose rénale. *Revue médicale de l'Est*, 1910.
- BARRIER. — Néphrectomie pour tuberculose. *Lyon méd.*, 1910.
- BAVARD. — Les processus miliaires aigus consécutifs à la néphrectomie pour tuberculose rénale. *Thèse*, Lyon, 1920-1921.
- BÆCKEL (A.). — Résultats immédiats et éloignés de 57 néphrectomies pour tuberculose rénale. (Communication au Congrès d'Urologie de Vienne, sept. 1911.) *Annales génito-urinaires*, 1^{er} octobre 1911, vol. II, n° 19, p. 1756-1769.
- Valeur de la néphrectomie dans la tuberculose rénale. *Thèse*, Nancy, 1912.

- BRONGERSMA. — Indications opératoires dans la tuberculose du rein. *Premier Congrès international d'Urologie*, Paris, 1908.
- Les voies d'infection dans la tuberculose rénale. *XIV^e session de l'Association française d'Urologie*, Paris, octobre 1910.
- DUHOT. — Quatre nouveaux cas de néphrectomie pour tuberculose rénale. *Communication à la Soc. belge d'Urologie*, juin 1907, et *Annales génito-urinaires*, 1907. Vol. II, 15 nov. Page 1687.
- GÉRARD. — L'avenir des néphrectomisés pour tuberculose rénale. *Thèse*, Lille, 1908-1909.
- HUET. — Tuberculose latente réveillée subitement par une intervention sur un autre foyer tuberculeux. *Thèse*, Paris, 1906.
- ISRAEL. — Die Endresultate der Nephrektomie bei Nierentuberkulose. *Rapport présenté au III^e Congrès de la Soc. allemande d'Urologie*, Vienne, 1911 ; in *Folia urologica*, t. VI, n^o 4, septembre 1911, p. 257-286.
- *Annales génito-urinaires*, année 1912.
- JOLLY. — Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale. *Thèse*, Bordeaux, 1903-1904.
- LANDRET. — Essai de classification clinique des tuberculoses rénales au point de vue des indications et contre-indications de la néphrectomie. *Thèse*, Lyon, 1910.
- LE FORT (Léon). — Blessure de l'uretère par instrument tranchant. Fistules urinaires. Néphrectomie. Mort. *Bull. Académie de Médecine*, 1880.
- LEGUEU. — *Traité chirurgical d'Urologie*. Paris, Alcan, 1910.
- LEGUEU et CHEVASSU. — Traitement de la tuberculose urinaire (tuberculose et néphrectomie). *Rapport présenté au VII^e Congrès internat. de la tuberculose*. Rome. Avril 1912.
- *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1912.
- MONCANY et DELAUNAY. — Reins tuberculeux. *Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris*, 1905, LXXX, p. 333-335.

- PAGÈS (E.). — La néphrectomie primitive dans la tuberculose rénale ; indications et résultats. *Thèse*, Lyon, 1908-1909.
- POUSSON. — *Annales génito-urinaires*, 1900.
— *Annales génito-urinaires*, 1905.
- RAFIN. — L'avenir des néphrectomisés pour tuberculose rénale. *XIII^e session de l'Assoc. française d'Urologie*, Paris, octobre 1909.
— Tuberculose rénale. *Lyon méd.*, 1910.
- REYNAUD. — Contribution à l'étude de la tuberculose rénale et de son traitement par la néphrectomie. *Thèse*, Lyon, 1905-1906.
- ROCHET et THÉVENOT. — *Communication au Congrès d'Urologie*. Paris, 1923.
- SAXTORPH. — Valeur de l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses urinaires. *Rapport au XIII^e Congrès international de Médecine*, Paris, 1900.
- SIMON (G.). — Fistule urétéro-abdominale de l'uretère gauche consécutive à une hystéro-ovariotomie. Néphrectomie. Guérison. *Deutsche Klinik*, 1870.
-

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	9
Introduction et historique.	11
Essai de classification clinique	17
Formes cliniques principales de la tuberculose pulmonaire évoluant après la néphrectomie d'un rein tuberculeux	23
De l'influence de la néphrectomie sur la tubercu- lose pulmonaire déjà établi ou sur son appa- rition	29
Déductions thérapeutiques	33
Conclusions	89
Bibliographie	93
